



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยในสถานชิวาภิบาล

ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สถานชิวาภิบาล

Elderly Care +

Long Term Care +

Palliative Care +

สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ปรึกษา

นายสมฤกษ์ จิงสมาน

นายเทวัญ ธาณิรัตน์

นายสมศักดิ์ กริซัย

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บรรณาธิการ

นางสาวบุษราภรณ์ ธนสีลังกูร

นางสาวณัฐพร ฤทธิสืบเชื้อ

นางไปรมา รัตนะพร

กองบรรณาธิการ

นางสาววไลรัตน์ ศิริวงศ์

นางสาวกรรณิศา อนุสิน

นายสุรวุฒิ จันทร์ชัย

คณะผู้พิมพ์

คณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ISBN : 978-616-11-5436-3

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

จำนวนที่พิมพ์ จำนวน 20 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2568

เจ้าของลิขสิทธิ์ กลุ่มงานวิชาการเวชกรรมและผดุงครรภ์ไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

งบประมาณจัดพิมพ์ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญ ในการวางรากฐานระบบบริการสุขภาพใหม่ ในการดูแล ผู้ป่วยแบบบูรณาการ ในการผสมผสานภูมิปัญญาการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยชุมชน มีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐาน ในการสร้างสุขภาพที่ดี และ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาวเกิดประโยชน์ สูงสุด ปัจจุบันสถานการณ์โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 5 อันดับแรกของประชากรไทย ที่มากขึ้นทุกปี เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากโรค มะเร็งยังมีระยะสุดท้ายของโรคอื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะยาว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง จำนวน 178,390 คน และมีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง และได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า Advance Care Planning จำนวน 45,654 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.59 (ข้อมูลจาก HDC – Report วันที่ 1 มิถุนายน 2566) กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ได้เริ่มเข้าไปมีบทบาทร่วมเติมเต็มในทีมสุขภาพ ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระบบสาธารณสุข โดยระยะแรกได้มุ่งเน้นในการผลักดัน การเติมเต็มด้านความรู้เชิงวิชาการ ให้แก่บุคลากรแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความ สามารถ พร้อมสำหรับการเข้าไปมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพในการรับมือ กับสถานการณ์ของระบบสุขภาพที่มีกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในช่วงปี 2562-2566 กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคองแบบบูรณาการ รวมถึงจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการดำเนินงานของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้ปฏิบัติงานเป็นไป



ในทิศทางเดียวกัน และได้จัดอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อขยายผลการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่น้ำตึระยะสุดท้าย แบบประคับประคองโดยชุมชนแบบบูรณาการรูปแบบโมเดลวัดคำประมง การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การจัดบริการคลินิกกัญชาแบบบูรณาการในคลินิก Palliative care หรือ คลินิกบริการปฐมภูมิ (PCC) นำร่อง 12 เขต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดบริการและ เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย ในการดูแลแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย แบบบูรณาการ และการอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วยการแพทย์ แผนไทยแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง ให้ครอบคลุม 76 จังหวัด ทั่วประเทศ ขณะนี้มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับการอบรมดังกล่าวแล้ว คิดเป็นร้อยละ 96 ของพื้นที่ ระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทย ในการดูแลแบบ ประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ ซึ่งผลของการจัดอบรมนี้ ได้ทำให้ แพทย์แผนไทยมีความพร้อมด้านวิชาการ ทักษะ และความมั่นใจ สำหรับการเข้าไปทำงาน ร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ส่งผลให้การขับเคลื่อนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ด้วยการแพทย์แผนไทยได้มีบทบาทเติมเต็มในระบบสุขภาพได้อย่างไร้รอยต่อยิ่งขึ้น เมื่อ พิจารณา การเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยในระยะประคับประคอง (Palliative care) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน ปี 2564 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 0.05, 0.13 และ 0.59 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2566) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจะมีโครงสร้างการจัดบริการ ทีมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แพทย์ จิตแพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร จิตอาสา ผู้นำทางศาสนา

ทั้งนี้แพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย และสามารถ ที่จะทำงานบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยให้เป็นผู้มีสมรรถนะ เพื่อรองรับ การปฏิบัติงานดังกล่าว จึงเห็นควรจัดทำ “คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก”



(นายสมฤกษ์ จิงสมาน)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กิตติกรรมประกาศ



คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ได้สำเร็จลุล่วงได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วด้วยความร่วมมือร่วมใจของคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล และผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณ คณะจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการจัดทำคู่มือให้มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ในการเอื้อเฟื้อบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในด้านวิชาการ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมดำเนินงานในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สุดท้ายนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ สหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อไป



คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	iv
สารบัญภาพ	v
บทนำ	1
• ที่มาและความสำคัญ	1
• วัตถุประสงค์	2
• นิยามศัพท์	3
ส่วนที่ 1 กระบวนการจัดบริการ	5
1.1 กระบวนการจัดบริการของส่วนกลาง กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กบรส.)	5
1.2 กระบวนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	13
ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลแบบบูรณาการ	15
2.1 การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุติดบ้าน	15
2.2 การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลสุขภาพระยะยาว	27
2.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย	42
ส่วนที่ 3 หลักธรรมาณียกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	62
ส่วนที่ 4 ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน	79
ภาคผนวก ก.	80
ภาคผนวก ข.	82
ภาคผนวก ค.	83
เอกสารอ้างอิง	88

รูปที่ 1 :	แสดงระบบบริการชีวาภิบาล.....	5
รูปที่ 2 :	แสดงเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล.....	6
รูปที่ 3 :	แสดงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.....	13
รูปที่ 4 :	แสดงแบบประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ประยุกต์มาจาก Western Ontario and MacMaster University (WOMAC).....	16
รูปที่ 5 :	แสดงช่วงเวลาการดำเนินโรคในระยะ LTC.....	27
รูปที่ 6 :	แสดงการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (GCS).....	29
รูปที่ 7 :	แสดงการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power).....	29
รูปที่ 8 :	แสดงการประเมินคุณภาพชีวิต (5Q-5D-5L).....	30
รูปที่ 9 :	แสดงการประเมินการหายของแผลกดทับแบบ (Pressure Ulcer Scale for Healing Tool).....	31
รูปที่ 10 :	แสดงแบบประเมิน SAS (Edmonton Symptom Assessment System).....	43
รูปที่ 11 :	แสดงแบบประเมิน PPS Version 2..... (Palliative Performance Scale Version 2)	45
รูปที่ 12 :	แสดงแบบประเมิน T - FLIC Version 2..... (Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire)	46
รูปที่ 13 :	แสดงแบบประเมินอาการปวดตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย (Body Chart).....	49





บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยการสำรวจสถิติประชากร รายจังหวัดเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2565 ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย¹ พบว่าจากจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 66,090,475 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21% และจากโครงสร้างประชากรตอนนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนฯ ซึ่งมีผลกระทบทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และเรื่องการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการเกิดโรคต่าง ๆ ตอนนี้กลุ่มโรค NCD เป็นอันดับหนึ่งที่มีผลข้างเคียงนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะติดบ้านและติดเตียงมากยิ่งขึ้น รวมถึงสถานการณ์โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของประชากรไทย และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน นอกจากโรคมะเร็งแล้วยังมีระยะสุดท้ายของโรคอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง จำนวน 178,390 ราย และมีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง และได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า Advance Care Planning จำนวน 45,654 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.59 (ข้อมูลจาก HDC – Report วันที่ 1 มิถุนายน 2566)

ช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายทุกหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยให้เป็นนโยบาย ที่เร่งรัดเป็นลักษณะของการดำเนินการอันรวดเร็ว (Quick win) ซึ่งเป็นงานพื้นฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในเรื่องของการจัดบริการ หรือการลดปัจจัยเสี่ยง

¹ <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>

ด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยเป้าหมายมุ่งไปที่ทำให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น โดยมี 13 ประเด็นหลัก ๆ จะเป็นเรื่องการยกระดับหรือพัฒนาคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับ 30 บาทคุณภาพ หลักประกันสุขภาพในประเทศไทยได้พัฒนามา 20 กว่าปีความครอบคลุมที่ผ่านมามีขึ้นเป็นลำดับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ UC สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว และเรื่องประกันสังคมประเด็นที่ภาครัฐ ต้องพัฒนาเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปจะเป็นประเด็นเชิงคุณภาพ ที่ทำอย่างไรให้การเข้าถึงบริการของกลุ่มประชาชนที่มีบัตร 30 บาท หรือมีระบบหลักประกันสุขภาพ ในเมือง พบว่าประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้น้อยกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด อาจด้วยเหตุผลด้านความแออัดของโรงพยาบาล ของรัฐซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จำเป็นต้องมีระบบเข้าไปสนับสนุนต่อไป

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ จึงได้เกิดการจัดทำต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะประคับประคองในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เพื่อเป็นแนวทางกลางให้กับแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ทั่วประเทศที่ปฏิบัติงานภายใต้หน่วยงานของภาครัฐและเอกชน สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน (Home Ward) และผู้สูงอายุในสังคมไทย ตลอดจนตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้แพทย์แผนไทยซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย และสามารถที่จะทำงานบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยให้เป็นผู้มีสมรรถนะ เพื่อรองรับการปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาล ทั่วประเทศในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิงและครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ครอบครัวทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและ/หรือบ้าน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระบบชีวาภิบาลโดยศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และสถานชีวาภิบาลในชุมชนเป็นการ บูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ผ่านทางงานตติยภูมิ พุทธิภูมิ และ งานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ

นิยามศัพท์

1. หมวดหมู่ประชาชนทั่วไป

1.1 “ชีวาภิบาล” เป็นการสมาสคำสองคำ คือ “ชีวา” หรือชีวิต กับ “อภิบาล” คือ การบำรุง ดูแล อย่างรอบด้าน เมื่อรวมกันจึงเป็นคำว่า “ชีวาภิบาล” ซึ่งหมายถึง การบำรุง ดูแลชีวิต¹

1.2 “สถานชีวาภิบาล” คือ สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ (กาย, จิตใจ, สังคมและจิตวิญญาณ) ในรูปแบบคลินิก ผู้สูงอายุ, Hospice, Hospital at Home/Home ward)²

1.3 “การดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” หมายถึง การดูแลรักษา สุขภาพผู้ป่วยที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัย และ consult แพทย์แผนไทยและหัตถิวิชาชีพ เพื่อการบูรณาการในการดูแลรักษา บำบัด อาการ/โรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

1.4 “การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน” คือ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือและดูแลตนเอง ได้บ้าง³ โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ในสถาน ชีวาภิบาล

1.5 “ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care)” หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจน ผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสมส่วนเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระ เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁴

1.6 “การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)” หมายถึง การดูแลผู้ที่มี ภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ได้ทุกระยะของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการ เจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย⁵

1.7 “แพทย์แผนไทยในสถานชีวาภิบาล” คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ปฏิบัติหน้าที่ ตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา ป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาสุขภาพอยู่ในสถานชีวาภิบาล⁶

1.8 “การแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล” คือ การแพทย์ที่สามารถนำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือสามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากไม่สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้ในขณะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล⁷

1.9 “การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)” หมายถึง การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ⁸

1.10 “ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)” หมายถึง กลุ่มของผู้ให้ การดูแลที่มีความรู้ ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่น ๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน⁹

1.11 “ผู้ดูแล (Caregiver)” หมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต¹⁰

1.12 “ผู้ดูแลด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” หมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ในสถานชีวาภิบาลด้วยองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. หมวดหม่องค์กรพระพุทธศาสนา

2.1 “สถานชีวาภิบาลสำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา” หมายถึง สถานที่ให้บริการด้านสุขภาพสำหรับภิกษุอาพาธและผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ดูแลร่างกายตามหลักการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และดูแลสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณตามแนวทางพระพุทธศาสนา โดยมีพระสงฆ์และจิตอาสาผู้ให้บริการ และเป็นเครือข่ายการจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการภาครัฐ¹¹

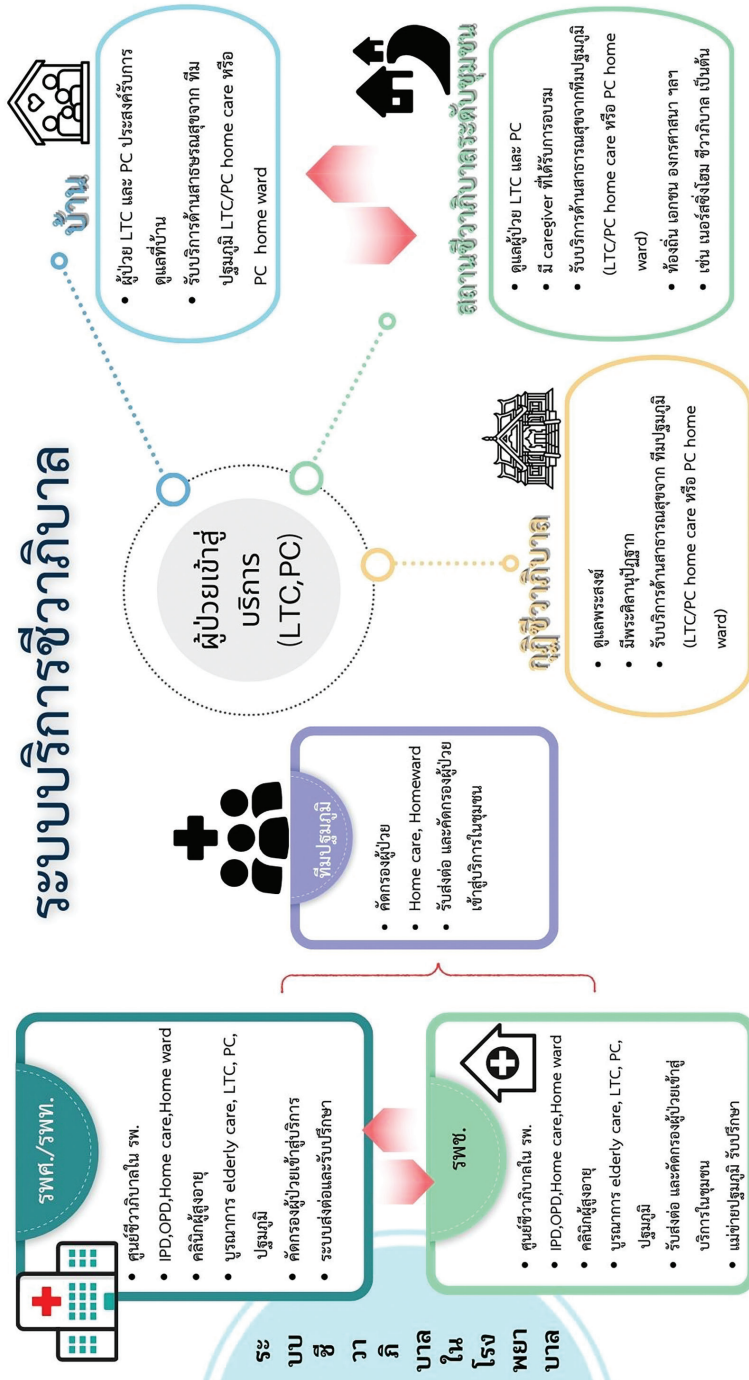
2.2 “กุฏิชีวาบาล” แปลว่า ที่พำนักดูแลเฝ้าพยาบาลคุณภาพชีวิตสมณสงฆ์อาพาธ แบบประคับประคอง¹²

2.3 “พระคิลานุปัฏฐาก” คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)¹³

ส่วนที่ 1

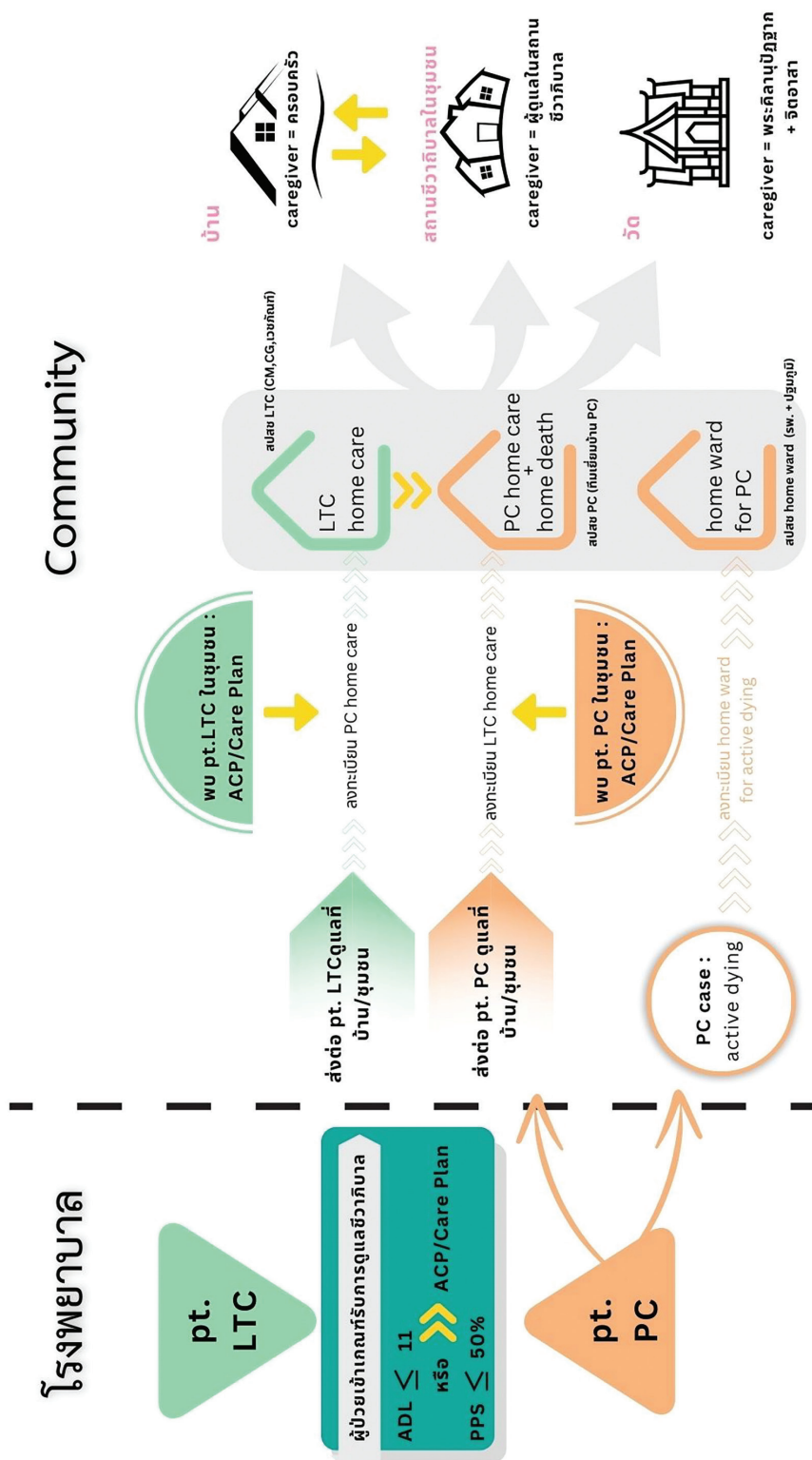
กระบวนการจัดบริการ

1.1 กระบวนการจัดบริการของส่วนกลาง กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กบรส)



รูปที่ 1 : แสดงระบบบริการชีวภิกบาล

หมายเหตุ: ทีมปฐมภูมิสามารถให้บริการ Home care หรือ Home ward ที่บ้าน หรือที่สถานชีวภิกบาลในชุมชน แล้วแต่กรณี



รูปที่ 2 : แสดงเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในสถานชวาทิบาล

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ที่ $ADL \leq 11$ หรือ $PPS \leq 50\%$

กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4.1	กลุ่ม 4.2
เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือ การขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน ทางสมองหรือ ผู้ป่วยระยะ ประคับประคอง มี PPS = 50%	เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกินหรือ การขับถ่ายและมี ภาวะสับสน ทางสมองหรือ มีภาวะสมองเสื่อม ระดับปานกลาง ขึ้นไป	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการ กินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง แต่ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนหรือ ผู้ป่วยระยะ ประคับประคอง มี PPS = 40%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรือ อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (ระยะเวลารอดชีวิต ~ 6-12 เดือน) หรือผู้ป่วย ระยะประคับประคอง มี PPS = 30%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ กลืนไม่ได้ ซึม อยู่ใน ระยะกำลังจะเสียชีวิต อาจมีอาการไม่สบาย เช่น ปวด หอบเหนื่อย สับสน (ระยะเวลา รอดชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์) หรือผู้ป่วย ระยะประคับประคอง มี PPS น้อยกว่า 30%
ADL 5 - 11 คะแนน		ADL 0 - 4 คะแนน		
LTC - ติดบ้าน	LTC - ติดบ้าน	LTC - ติดเตียง	PC – end of life	PC - dying
LTC Home care หรือ สถานชีวาภิบาล			PC Home care หรือ สถานชีวาภิบาล	PC Home ward หรือ สถานชีวาภิบาล

LTC = Long-Term Care PC = Palliative Care

ADL = Barthel Activities of Daily Living (ที่มา; คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559)

PPS = Palliative care performance scale (ที่มา; Suandok's palliative care model [Internet]. เข้าถึง
เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566. เข้าถึงได้จาก https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf)

กระบวนการจัดบริการ

คำจำกัดความสถานชีวาภิบาล มี 2 ระดับ ได้แก่

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาล โดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน

2. สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care)

2) บริการโดยให้พักค้างคืน

อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือองค์กรอื่น ๆ โดยสถานชีวาภิบาลควรได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้ (Home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแล โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1.1 องค์ประกอบ

1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล มีพยาบาล/หรือ แพทย์แผนไทยและสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน ที่ชัดเจน

2) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีแพทย์ปฏิบัติงานด้านการดูแล ประคับประคอง เป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาล Palliative Care nurse เกสเซอร์ แพทย์แผนไทยและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) โดยแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ

4) มีทีมบุคลากรปฐมภูมิ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลชุมชน แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ

5) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

1.2 บทบาทหน้าที่

หัวหน้าศูนย์ ชีวิภิบาล	1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วย ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน อย่างมีคุณภาพ 2) จัดระบบบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวิภิบาล และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายปฐมภูมิ
พยาบาล ผู้ประสานงาน ศูนย์ชีวิภิบาล	1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับโรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชน ประสานงานกับ รพศ./รพท. และ เครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน 2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ
ทีมปฐมภูมิ	1) รับส่งต่อผู้ป่วย LTC และ PC จาก รพศ./รพท. เพื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน หรือเพื่อรับบริการที่บ้านหรือชุมชนหรือสถานชีวิภิบาล 2) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PC และ/หรือ LTC ในชุมชน (กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในโรงพยาบาล หรือ คัดกรองพบผู้ป่วยในชุมชน) 3) ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) หรือ Care Plan 4) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care) และ พิจารณาเพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิภิบาลในชุมชน 5) จัดบริการคลินิกหมอครอบครัว 6) ร่วมกับทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC Home care) บริการ PCHome ward หรือที่สถานชีวิภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่ 7) เป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้าน และชุมชน แก่ทีมปฐมภูมิในพื้นที่ 8) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่าย

2. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 องค์ประกอบ

- 1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล มีพยาบาล ผู้ประสานงานที่ชัดเจน
- 2) มีทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และบริการปฐมภูมิ โดยเป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้านและชุมชน
- 3) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

2.2 บทบาทหน้าที่

หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล	1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ระบบบริการดูแล ผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแล ประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน อย่างมีคุณภาพ 2) จัดระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบบริหารจัดการ ยาอนุพันธ์ฝิ่น (opioid) ในระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาที่บ้าน/สถาน ชีวาภิบาลได้ 3) จัดให้มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยของเครือข่ายระบบชีวาภิบาล
พยาบาล ผู้ประสานงาน ศูนย์ชีวาภิบาล	1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับ โรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชน 2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ
ทีมดูแล ประคับประคอง	1) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD 10-Z51.5) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 2) ทำการประเมิน และ จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning; ICD 10- Z71.8) 3) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care) และ พิจารณาเพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวาภิบาลในชุมชน 4) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 5) เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่าย ในกรณี ผู้ป่วย Palliative Care ที่รับการดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวาภิบาล ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน 6) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ ระยะท้าย

ทีมดูแล ผู้สูงอายุ	1) คัดกรองผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้สูงอายุในชุมชน ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ตามเกณฑ์ 2) พิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยใน เพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือสถานชีวาภิบาลในชุมชน 3) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 4) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ
ทีมปฐมภูมิ	1) ประสานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อส่งต่อการดูแลที่บ้าน และสถานชีวาภิบาลในชุมชน 2) จัดบริการคลินิกหมอครอบครัว³⁾ เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC home care), บริการ PC Home ward หรือที่สถานชีวาภิบาลหรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทพื้นที่

3. **บริการ Home care** คือ บริการเยี่ยมดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยรายละเอียดการดูแลแตกต่างกันไปตามแผนการดูแล ซึ่งเป็นไปตามสถานะผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลที่บ้านกรณีผู้ป่วย LTC และ กรณีผู้ป่วย PC ตามมาตรฐานบริการ มีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์
4. **บริการคลินิกผู้สูงอายุ** จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานการให้บริการในโรงพยาบาลมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) การวินิจฉัยเพื่อการดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุการจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน
5. **บริการ Home ward / Hospital at home โดยทีมสุขภาพ** คือ บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเหมือน เป็นหอผู้ป่วย โดยจัดบริการโดยโรงพยาบาล ร่วมกับทีมปฐมภูมิ ทั้งนี้ รายละเอียดบริการเป็นไปตามคู่มือ การดูแล Home ward กรมการแพทย์ (Home ward สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ Home ward for active dying patients) มีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์

6. สถานชิวาภิบาลในชุมชน สถานชิวาภิบาลในชุมชน เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) นอกสถานพยาบาล ให้การดูแลในระดับชุมชน แบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- 1) สถานชิวาภิบาล สำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา (กุฏิชิวาภิบาล กุฏิชิวาบาล กุฏิสงฆ์ อาพาธ สถานชิวาภิบาล ฯลฯ)
- 2) สถานชิวาภิบาล ที่ดำเนินการโดยองค์กรศาสนาอื่น ๆ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
- 3) สถานชิวาภิบาล ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 4) สถานชิวาภิบาลเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ (nursing home เป็นต้น)
 - ▶ เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการชิวาภิบาลกับหน่วยบริการของรัฐ
 - ▶ มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐาน โดยองค์กรที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล

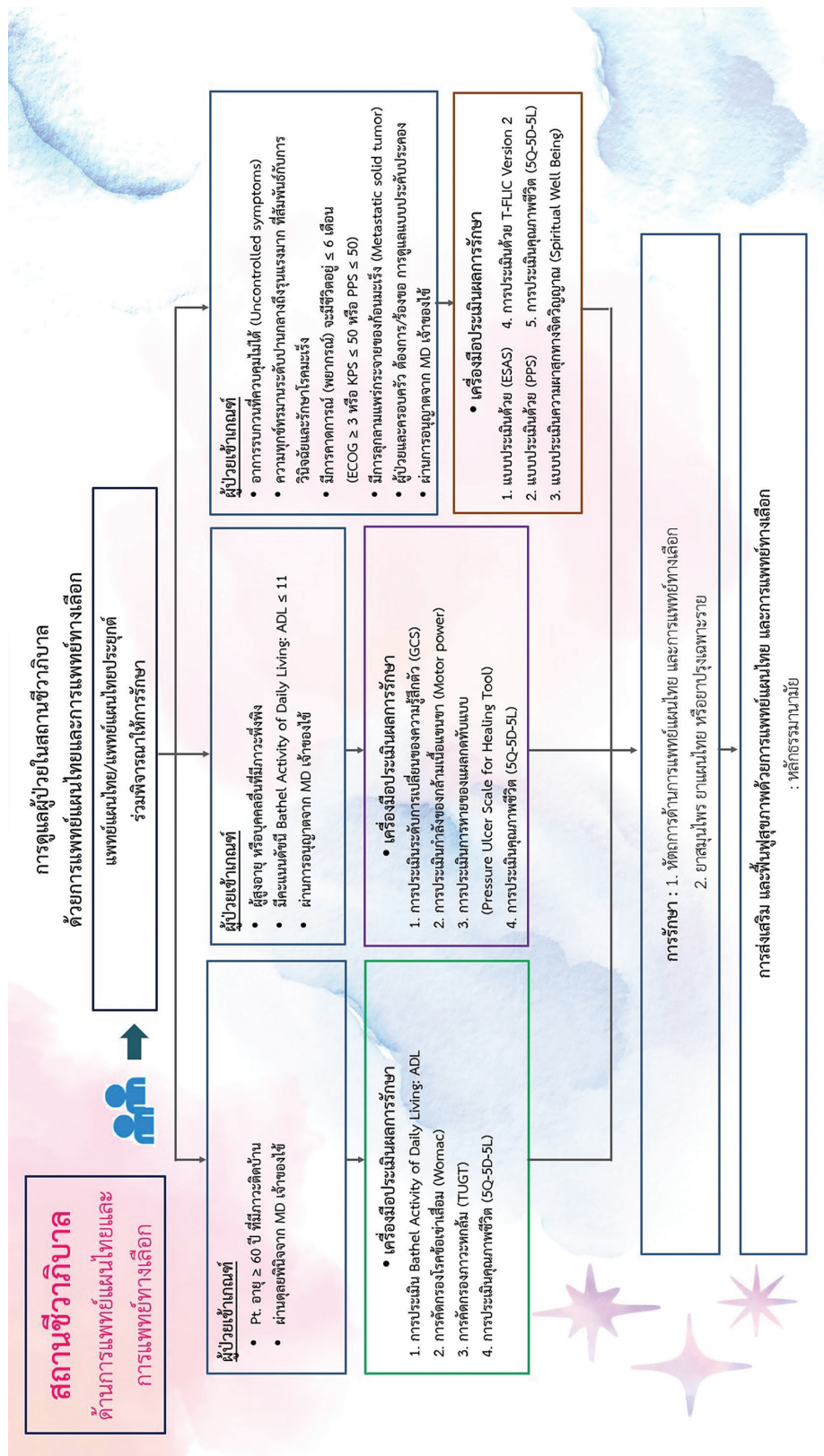
7. ผู้ดูแล (caregiver/ care community)

- ผู้ดูแลในระบบชิวาภิบาล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานชิวาภิบาลในชุมชน หรือ บ้าน
- ผู้ดูแลต้องได้รับการอบรมให้มีศักยภาพตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รูปแบบบริการ

1. **บริการผู้ป่วยใน (Inpatient service)** In-patient palliative care services: ระบบปรับปรักษา Palliative Care หอผู้ป่วย Palliative Care ในโรงพยาบาล In - patient elderly care services
2. **บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient service) และบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)** คลินิก Palliative Care คลินิกผู้สูงอายุคลินิกหมอครอบครัว
3. **บริการดูแลที่บ้าน หรือที่สถานชิวาภิบาลในชุมชน** LTC Home care (บริการที่บ้าน หรือสถานชิวาภิบาลในชุมชน) PC Home care และ PC Home ward (บริการที่บ้าน หรือสถานชิวาภิบาลในชุมชน)

1.2 กระบวนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



รูปที่ 3 : แสดงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บทบาทของแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานชีวาภิบาล

- ▶ จัดการอาการไม่สุขสบาย วางแผนการดูแล ประเมิน วินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ ระยะท้ายในสถานชีวาภิบาลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ▶ ผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน แบบบูรณาการ การรักษาร่วมกับสหวิชาชีพ
- ▶ มีการจัดการอาการโดยใช้ยาแผนไทยและสมุนไพร เช่น ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ยาแผนไทยที่อยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ยาปรุงเฉพาะราย ยาถัณฑ์ทางารแพทย์แผนไทย
- ▶ มีการจัดการอาการการโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และการใช้หลักธรรมานามัย สมาธิบำบัด (SKT) กิจกรรมบำบัด รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติอย่างเหมาะสม





ส่วนที่ 2

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุติดบ้าน

แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1.1 การดูแลอาการที่เกิดจากโรค
- 2.1.2 คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดบ้าน
- 2.1.3 ประเมินผลและติดตามผลการรักษา

ตัวอย่าง : การดูแลอาการที่เกิดจากโรค (กรณีผู้สูงอายุติดบ้าน)

โรคข้อเสื่อม

ขั้นตอนการรักษา

1. **การตรวจร่างกายทั่วไป** ตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยดูสภาพทั่วไป เช่น สีผิว คลำดูจุดเจ็บการบวม และประเมินก่อนการรักษาอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ที่ประยุกต์มา Western Ontario and MacMaster University (WOMAC) เป็นต้น

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1 ข้อเข่าติดขัดหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)	☐	☐
2 เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	☐	☐
3 กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	☐	☐
4 ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	☐	☐
5 ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	☐	☐

เกณฑ์การประเมิน

ถ้าผู้สูงอายุมีอาการ “ปวดเข่า” และตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ ถือว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายเหตุ

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบเป็นสาเหตุหลัก จึงมักไม่พบอาการแสดง “ข้ออุ่น” ยกเว้นกรณีที่เป็นรุนแรง

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว, คู่มือคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ 2557.

รูปที่ 4 : แสดงแบบประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ประยุกต์มา
Western Ontario and MacMaster University (WOMAC)

2. การตรวจร่างกายทางหัตถเวช

1) การวัดสันเท้า

วิธีการตรวจ : ให้ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือด้านบน จับข้อเท้าผู้ป่วยชิดกันใช้มือที่อยู่ด้านล่าง ดันปลายฝ่าเท้าขึ้น แล้วผู้ตรวจสังเกตตำแหน่งสันเท้าของผู้ป่วย

ปัญหาที่พบ : สันเท้าข้างที่เป็นจะสั้น

2) ตรวจสอบสภาพความโค้งงอของเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือดันปลายฝ่าเท้าขึ้นให้สุด มือด้านบนของผู้ตรวจสอดใต้เข่าเพื่อตรวจสอบสภาพความโค้งงอของเข่าทั้งสองข้าง

ปัญหาที่พบ : พบช่องว่างใต้เข่าข้างที่เป็นมากกว่าอีกข้างหนึ่ง

3) เชียนข้อเข่าและการคลอนสะบ้าเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือข้างหนึ่งจับสะบ้าเข่าด้านบนและมืออีกข้างหนึ่งจับข้อเข่าด้านล่าง ทำการยกข้อเข่าขึ้น-ลง และใช้มือของผู้ตรวจด้านปลายเท้าของผู้ป่วย (มือด้านนอก) จับลูกสะบ้าของเข่าข้างที่เป็น โยกสะบ้าเข่าไป-มา เพื่อคลอนสะบ้าเข่า

ปัญหาที่พบ : พบมีความฝืด การเคลื่อนไหวของสะบ้าเข่าข้างที่เป็นเกิดการยึดติด (สะบ้าเจ้า) หรือเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าข้างปกติและมีเสียงดังกรอบแกรบ (หินปูนเกาะ) ภายในข้อเข่า

4) วัดองศาเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าด้านข้างของผู้ป่วย จับขาของผู้ป่วยงอขึ้นดันให้สันเท้าเข้าไปกันย้อย แล้วจับขาผู้ป่วยขึ้นให้สันเท้าแตะบริเวณตำแหน่งหัวตะคาก (แง่กระดูกเชิงกรานใต้บั้นเอว) ทำทั้งสองข้าง

ปัญหาที่พบ : งอเข่าเอาสันเท้าชิดกันย้อยและชิดตำแหน่งหัวตะคากข้างที่เป็น พบว่างอไม่ได้องศา และมีอาการเจ็บเสียวภายในข้อเข่า

5) การตรวจสอบสภาพข้อเข่า

วิธีการตรวจ : ให้ผู้ป่วยนอนหงายลำตัวตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าด้านข้างผู้ป่วยตรงกับตำแหน่งของเข่าข้างที่เป็น ผู้ตรวจสังเกต ลักษณะทั่วไปของเข่าข้างที่เป็น เช่น การอักเสบ

ปัญหาที่พบ : พบว่าบางส่วนของเข่าข้างที่เป็น มีอาการบวม ไม่แดง ในบริเวณที่บวมมีความร้อนเล็กน้อย

6) การหาปูนแดงบริเวณเข่า

- ถ้าเป็นโรคข้ออักเสบ น้ำเข่า ปูนแดงจะมีลักษณะเงาเยิ้มที่บริเวณจุดเจ็บ
- ถ้าเป็นข้ออักเสบแห้งเข่า ปูนแดงจะแห้งสม่ำเสมอตามธรรมชาติ

การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือก

- ใช้การชักประวัติ และการตรวจร่างกายตามแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

3.1 การแพทย์แผนไทย

1) การรักษาโดยการนวดไทย

เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากธาตุไฟหย่อน (ชีรณคคี) ส่งผลให้ธาตุลมพิการ (อังกมังกานุสารีวาทา) มีอาการปวดขัดในข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าฝืด เคลื่อนไหวไม่สะดวก การรักษาโดยการนวดเป็นการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการดังกล่าว

สูตรการนวด จับโป่งน้ำ

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า ทำนั้งพับเพียบ
3. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4 ห้ามเขยื้อนข้อเข่า
4. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 3,4 ห้ามเขยื้อนข้อเข่า

สูตรการนวด จับโป่งแห้ง

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า ทำไขว้มือ
3. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4 เขยื้อนข้อเข่า
4. นวดสัญญาณ 14 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 3,4 เขยื้อนข้อเข่า

2) การประคบสมุนไพร

ประคบหลังจากการนวดเสร็จแล้ว ความร้อนจากลูกประคบซึ่งมีตัวยาสมุนไพร จะซึมผ่านผิวหนัง ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการบวมอักเสบและอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อ ลดอาการติดขัดและช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดในบริเวณข้อเข่า ไม่ควรประคบบริเวณที่มีการอักเสบหรือบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก

3) การรักษาด้วยยาสมุนไพร

หลักการรักษาที่สำคัญ คือ การปรับสมดุลของธาตุลมในร่างกาย โดยการจ่ายยาที่มีรสร้อนสุขุม เพื่อกระจายเลือดลมที่บริเวณข้อ และไม่ให้ธาตุลมมีการคั่งค้างบริเวณเข่า มากเกินไป ไม่ควรจ่ายยาที่รสร้อนมากเกินไปในผู้ป่วยรายที่ มีอาการบวม แดง ร้อน ร่วมด้วย เนื่องจากการกระตุ้นให้ธาตุไฟกำเริบ อาจทำให้มีการอักเสบมากขึ้นได้ ดังนั้น ยาที่ใช้จึงควรเป็นยาที่มีรสสุขุมร่วมด้วย

ตัวอย่าง : การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ยาสมุนไพร

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อบ่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ปรากฏในฉลากยา อาจไม่เฉพาะเจาะจง ว่าใช้รักษาอาการปวดเข่าหรือบรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่เกิดจากภาวะข้อเข่าเสื่อม แต่เนื่องจากสารสกัดหรือตำรับยานั้น ๆ มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการปวดและต้านการอักเสบ ในที่นี้จึงนำมาเป็นข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคและอาการข้อเข่าเสื่อม ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566 ที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังตารางต่อไปนี้

1) ยาเดาวัลย์เปรียง

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 950 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์

ข้อควรระวัง : ● ระวังการใช้ในผู้ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากเดาวัลย์เปรียง ออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs : NSAIDs)

- อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร

อาการไม่พึงประสงค์ : ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น

2) ยาผสมเดาวัลย์เปรียง

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ : เม้าเปื้อบรรเทาอาการปวดเมื่อยร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 900 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์

ข้อควรระวัง : ● ระวังการใช้ในผู้ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากเดาวัลย์เปรียง ออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs : NSAIDs)

- อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร

อาการไม่พึงประสงค์ : ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น

3) ยาสหัตตรา

รูปแบบยา : แคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : ขับลมในเส้น แก่ลมกองหยาบ

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้

ข้อควรระวัง : ● ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อย เพปติกและโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

● ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูร และเกิดพิษได้

● ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์ : ร้อนท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ คอแห้ง ผื่นคัน

4) ยาผสมโคคลานสูตรตำรับที่ 1

รูปแบบยา : ยาผง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120-200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : -

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

5) ยาผสมโคคลานสูตรตำรับที่ 2

รูปแบบยา : ยาต้ม

สูตรตำรับ : ในยา 105 กรัม ประกอบด้วย เถาโคคลาน หนัก 50 กรัม โต้ไม่รู้ลัม ผลมะตูมอ่อน ส่วนเหนือดินทองพันชั่ง หนักสิ่งละ 25 กรัม

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : นำตัวยาทังหมดมาเติมน้ำท่วมยา ต้มเคี้ยว 3 ส่วนเหลือ 1 ส่วน ต้มครั้งละ 120-200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : -

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

6) ยากษัยเส้น

รูปแบบยา : ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร
เช้า กลางวัน เย็นและ ก่อนนอน

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก

ข้อควรระวัง : ● ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้
● ระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และ ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
● ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

อาการไม่พึงประสงค์ : แสบร้อนยอดอก

7) ยารณีสัณตะฆาต

รูปแบบยา : แคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : แก้กษัยเส้น

ขนาด/วิธีใช้ : ● ชนิดแคปซูล เม็ด และลูกกลอน รับประทาน
ครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
หรือก่อนนอน

● ชนิดผง รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม
ละลายน้ำดื่มสุกทั้งยังอุ่นอยู่ หรือผสมน้ำผึ้งปั่นเป็นลูกกลอน
วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า หรือก่อนนอน

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีไข้ และเด็ก

ข้อควรระวัง : ● ระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และ ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
● ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
● ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
● ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ

อาการไม่พึงประสงค์ : -

8) ยาประคบ

รูปแบบยา : ยาประคบสมุนไพรสด ยาประคบสมุนไพรแห้ง

สรรพคุณ : ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ

ขนาด/วิธีใช้ : นำยาประคบไปนึ่ง แล้วใช้ประคบขณะยังอุ่น วันละ 1-2 ครั้ง

ลูกประคบ 1 ลูก สามารถใช้ได้ 3-4 ครั้ง โดยหลังจากจากใช้แล้ว
ผึ่งให้แห้ง ก่อนนำไปแช่ตู้เย็น

ข้อห้าม : • ห้ามประคบบริเวณที่มีบาดแผล

- ห้ามประคบเมื่อมีอาการอักเสบเฉียบพลัน เช่น ข้อเท้าแพลง หรือมีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้มีอาการอักเสบบวมมากขึ้น และอาจมีเลือดออกตามมาได้ โดยควรประคบหลังเกิดอาการ 24 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง : • ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจทำให้ผิวหนังพองได้ง่าย

- หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะเป็นการล้างตัวยาจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (จากร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจทำให้เป็นไข้ได้
- ควรระวังการใช้กับผู้ที่มีแพ้ส่วนประกอบของยาประคบ

อาการไม่พึงประสงค์ : -

9) ยาพริก

รูปแบบยา : ยาเจล ยาครีม ยาขี้ผึ้ง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (musculoskeletal pain)

ขนาด/วิธีใช้ : ทาบริเวณที่ปวด 3-4 ครั้ง ต่อวัน

ข้อห้าม : • ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ capsaicin

- ห้ามสัมผัสบริเวณตา

อันตรกิริยา : • การใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจ กลุ่ม antitensin-converting enzyme inhibitor (ACE) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น

- อาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน

- ควรระวังเมื่อใช้ยาพริกร่วมกับยากลุ่มต่อไปนี้

- ▶ Angiotensin converting enzyme inhibitors
- ▶ Anticoagulants

- ▶ Antiplatelet agents
- ▶ Barbiturates
- ▶ Low molecular weight heparins
- ▶ Theophylline
- ▶ Thrombolytic agents

ข้อควรระวัง : ● ระวังการใช้ยาพริกบริเวณผิวที่บอบบางหรือบริเวณผิวหนังที่แตก
เนื่องจากทำให้เกิดอาการระคายเคือง

อาการไม่พึงประสงค์ : ผิวหนังแดง ปวด และแสบร้อน

10) ยาไพล

รูปแบบยา : ยาครีม

สรรพคุณ : บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : ● ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
● ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

11) ยาขี้ผึ้งไพล

รูปแบบยา : ยาขี้ผึ้ง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อย

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : ● ห้ามทายาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
● ห้ามทายาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

12) ยาน้ำมันไพล

รูปแบบยา : ยาน้ำมัน

สรรพคุณ : บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : ● ห้ามทายาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
● ห้ามทายาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

หมายเหตุ ศึกษารายละเอียดคู่มือการใช้ยาจากบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566
ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แผนไทย

2. ยาตำรับปรุงเฉพาะราย

การใช้ยาตามภูมิปัญญาแผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน ที่มีอยู่ในตำราหรือในท้องถิ่นที่มีการใช้ต่อกันมา เช่น ยาพอกเข้า โดยพิจารณาตามอาการและการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

ตัวอย่างตำรับยาพอกเข้า

ตำรับที่ 1 เป็นสูตรการรักษาของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดูดพิษการอักเสบตามข้อต่าง ๆ ที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน

ส่วนประกอบ

- ใบพลับพลึง หัวว่านน้ำ ผักเสี้ยนผีทั้งห้า หัวดองดึง ใบมะค่าไก่ ใบมะขาม ใบส้มป่อย ดอกดีปลี เมล็ดพริกไทย รากเจตมูลเพลิงแดง เปลือกผลมะกรูด เหง้าข่า หัวว่านนางคา หัวว่านร่องทอง เหง้าขิง เหง้ากะทือ ก้ามปูหลดทั้งห้า เกลือเม็ด เหง้าไพลหนัก การบูร

วิธีการใช้ยา

ประคบบริเวณเข้าด้วยน้ำร้อน ก่อนใช้ยาเทลงแผ่นสำลีให้ชุ่ม พอกยาลงบริเวณที่มีอาการทิ้งไว้ 15-30 นาที

ตำรับที่ 2 ตำรับหมอพื้นบ้าน วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ลดอาการบวม แดง ร้อนที่เข้า ช่วยกระจายลมที่คั่งค้างอยู่ตามข้อ

ส่วนประกอบ

- แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม
- ลูกแป้งข้าวหมาก 1 ลูก
- ดองดึงบดละเอียด 100 กรัม
- ชิงแก่สด 200 กรัม
- น้ำต้มสุก

วิธีทำ

- บดลูกแป้งข้าวหมากให้ละเอียด แล้วนำมาผสมลงในแป้งข้าวเจ้า คลุกเคล้าให้เข้ากัน
- นำผงดองดึงที่บดละเอียดแล้ว โรยลงในแป้งที่ผสมแล้วในข้อที่ 1 ก็จะได้ยาพอกเข้าแบบผงเก็บไว้

วิธีใช้

- นำผงพอกเข้าประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ มาผสมกับน้ำขิงที่คั้นแล้ว
- คลุกเคล้าให้เข้ากัน แล้วนำมาพอกที่เข้า ทิ้งไว้ประมาณ 15 นาที หรือจนกว่ายาพอกเข้าจะแห้ง
- พอกเข้า วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น

3.2 การแพทย์แผนจีน

แพทย์แผนจีนพิจารณาเลือกใช้จุดฝังเข็มในโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า

3.3 การแพทย์ทางเลือก

การร่วมรักษาด้วยสมาธิบำบัด (Meditation Healing) เป็นการทำให้จิตว่าง นิ่ง สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย ทำให้จังหวะของคลื่นสมองช้าลง จิตที่มีสมาธิเป็นจิตที่มีพลัง สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ทั้งทางกายและจิตใจ การใช้สมาธิบำบัดมีหลายรูปแบบและหลาย ซึ่งสมาธิบำบัดในแนวทางเวชปฏิบัตินี้เทคนิคการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ “SKT” หมายถึงการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT มี 7 เทคนิค ทั้งนี้จำเป็นต้องเลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไปโดยเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่ เทคนิคที่ 3 (SKT3) “นั่งยืด -เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” และเทคนิคที่ 4 (SKT 4) “ก้าวย่างอย่างไทย เยียวยากาย

(ดูวิธีการปฏิบัติ สมาธิบำบัด SKT ทำที่1-8 ในส่วนที่ 3 เรื่อง จิตตานามัย หน้า...)

ตัวอย่าง : คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

1. การบริหารข้อเข่า เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ดังนี้

1) ท่ากระดูกปลายเท้าขึ้นลง

ท่าเตรียม : นอนหรือนั่งเหยียดขาทั้ง 2 ข้าง ค่อย ๆ กระดกปลายเท้าขึ้นจนสุดและเกร็งบริเวณหัวเข่า นิ่งไว้ นับ 1-10 จากนั้นค่อย ๆ ผ่อนคลายขา กลับสู่ท่าเตรียมจากนั้นค่อย ๆ เหยียดปลายเท้าลงจนสุดแล้วเกร็งบริเวณหัวเข่า นิ่งไว้ นับ 1-10 ค่อย ๆ ผ่อนคลายขากับสู่ท่าเตรียม

2) ท่านั่งยอง 90 องศา

ท่าเตรียม : ยืนเกาะฝาผนังแยกเท้าเสมอไหล่ทั้งสอง จากนั้นค่อย ๆ นั่งยอง ๆ ลงจนเข่าตั้งฉากกับพื้น 90 องศา โดยที่หลังตรงนิ่งไว้ นับ 1-10 แล้วกลับไปท่าเตรียมอีกครั้ง ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง

3) ท่ายืนเขย่งปลายเท้า

ท่าเตรียม : ยืนเกาะฝาผนัง แยกเท้าเท่ากับความกว้างของไหล่ งอขาข้างปกติขึ้นพักไว้ที่เข่าข้างที่ยืน (ยืนกระต่ายขาเดียว) จากนั้นเขย่งปลายเท้าพร้อมกับเกร็งบริเวณ หลัง เข่า ขา และขมิบก้น นิ่งไว้ นับ 1-10 แล้วกลับสู่ท่าเตรียม

หมายเหตุ ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการหกล้มขณะทำกายบริหาร

4) ท่าฤาษีดัดตน แพทย์ต้องพิจารณาเลือกท่าให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการหกล้มหรือบาดเจ็บขณะทำท่าฤาษีดัดตน เช่น

- ท่าดัดตนท่าแก้ไหล่ ขา และแก้เข่า ขา
- ท่าแก้เส้นมหาสนุกกระบัง
- ท่าแก้กล่อน
- ท่าตำรงกายอายุยืน
- ท่าแก้ตะคริวมือ แก้ตะคริวเท้า
- ท่าแก้ลมจันทคาร แก้ลมเข่า แก้ลมขา แก้ลมหน้าอก
- ท่าแก้เข่าขัด

2. งดอาหารแสลง อาหารบางชนิดมีผลทำให้อาการปวดขัดเข่ากำเริบ หรือปวดมากขึ้น ผู้ป่วยต้องสังเกตและหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าว เช่น

- ข้าวเหนียว จะทำให้ร้อนในเส้น ซึ่งทำให้บางคนมีอาการปวดเข่ามากขึ้นกว่าเดิม
- อาหารที่มีรสหวานจัด จะทำให้มีอาการปวดขัดในเข่า
- อาหารที่มีสารพิวรีนสูง เช่น หน่อไม้ เหล้า-เบียร์ เครื่องในสัตว์ เป็นต้น เนื่องจากหากได้รับในปริมาณมาก ร่างกายจะเก็บสะสมไว้ในรูปของกรดยูริกสะสมตามข้อ ทำให้อาการปวดมากขึ้น

3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ในริยาบถต่าง ๆ เช่น การยกของหนัก การนั่งงอเข่า การใช้งานข้อเข่า เกินกำลัง การยืนเป็นเวลานาน การขึ้น-ลงบันได การบิด การตัด การสลับขาและเข่า เป็นต้น

4. ประคบร้อน บริเวณเข่าที่ปวดวันละ 2 ครั้งในเวลาเช้าและเย็น นานครั้งละ 10-15 นาที

5. การลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากควรลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐาน

6. ถ้ามีอาการปวดเข่า ให้พักการใช้งานข้อเข่าข้างที่ปวด ถ้าพักแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรไปปรึกษาแพทย์

ตัวอย่าง : ประเมินผลและติดตามผลการรักษาอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อม

ใช้การตรวจร่างกายทั่วไป ตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยดูสภาพทั่วไปและการตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมไทย เช่นเดียวกับการประเมินผลก่อนการรักษา

ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้านการแพทย์แผนไทย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ และดุลยพินิจของแพทย์ แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมถึงคำแนะนำเพิ่มเติมสามารถปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละรายได้

2.2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว

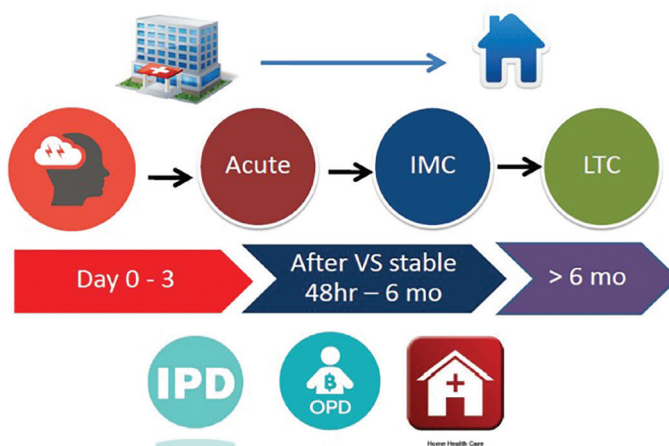
แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.2.1 การคัดกรองและตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

2.2.2 การรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.2.3 การตรวจประเมินผลหลังการรักษาและติดตามผล

โดยเบื้องต้นการดูแลแบบประคับประคองในผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยคู่มือเล่มนี้ขอกล่าวถึงเฉพาะการดูแลระยะยาวในโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยมีทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยแนวทางการดูแลดังกล่าวสามารถ นำมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพภายหลังระยะเวลา 6 เดือน ทั้งนี้แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ควรใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาและประเมินการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย



รูปที่ 5 : แสดงช่วงเวลาการดำเนินโรคในระยะ LTC

เป้าหมายเฉพาะในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

1. ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ ในครอบครัว ได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน (community LTC center) / การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
4. สถานชีวาภิบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มี ภาวะพึ่งพิง ในชุมชนและครอบครัว

**ตัวอย่าง : การคัดกรองและตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง
ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล**

(1) เกณฑ์คัดกรอง

- (1.1) ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- (1.2) มีคะแนนดัชนี Bathel Activity of Daily Living: ADL ≤ 11
- (1.3) ผ่านดุลยพินิจแพทย์เจ้าของไข้หรือการปรึกษาหารือจากทีมระดับประคับประคอง

(2) เกณฑ์ปรึกษา/ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

- (2.1) มีอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึม อ่อนเพลีย จิตใจ หดหู่ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ชัก อาเจียนพุ่ง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส หอบ หายใจลำบาก หน้าซีดริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ชีพจรเบา หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ
- (2.2) กรณีผู้ป่วยเจาะคอ มีภาวะหายใจหอบเหนื่อย มีเสมหะเหนียว/เยอะ O_2 Sat ต่ำกว่า 95%

(3) การประเมินผลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน ดังนี้

การประเมินความรู้สึกตัว
(Glasgow Coma Score : GCS)

ลักษณะของ
Abnormal position



Decortication

ท่ามือจ่อแขน 2 ข้าง
เข้าหาระดับไหล่
ขา 2 ข้างเหยียดออก



Decerebration

แขน 2 ข้างเหยียดเกร็ง
ออกโดยบิดข้อมือออก
ด้านนอกลำตัว
ขา 2 ข้างเกร็งเหยียด

ประเมินการเคลื่อนไหว
M: Motor Response

- M1** = ไม่ตอบสนองต่อ Pain (No response)
- M2** = เหยียดเกร็งแขน เมื่อถูกกระตุ้น (Extension to pain)
- M3** = แขนงอพิศปกติ (Flexion to pain)
- M4** = ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ (Non Purposeful)
- M5** = ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize pain)
- M6** = เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ (Obey commands)

" New era of online nursing community "

รูปที่ 6 : แสดงการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (GCS)

การประเมินกำลัง
แขน - ขา



ทำได้โดยบอกให้ผู้ป่วยกำมือพยาบาล หรือกำนิ้วชี้ + กลาง (2 นิ้วรวมกัน) ของพยาบาล กดสอบทั้งด้านซ้ายและขวาของผู้ป่วย แล้วให้คลายมือออก

GRADE	
Grade 0	= ไม่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อไม่หดตัว
Grade 1	= กล้ามเนื้อมีการหดตัว แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว
Grade 2	= เคลื่อนไหวได้ในแนวราบแต่ต้านแรงโน้มถ่วงได้
Grade 3	= สามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้
Grade 4	= ยกต้านแรงผู้ตรวจได้พอควร
Grade 5	= มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้

" New era of online nursing community "

รูปที่ 7 : แสดงการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power)

EQ = EuroQol Group

กลุ่มผู้พัฒนาเครื่องมือวัด
คุณภาพชีวิต เจ้าของลิขสิทธิ์
EQ-5D-5L

5D = 5 Dimensions

มีคำถามด้านสุขภาพ 5 ข้อ

5L = 5 Levels

แต่ละคำถาม
มีตัวเลือก 5 ข้อ

EQ-5D-5L



การเคลื่อนไหว

- ไม่มีปัญหา 1
- มีปัญหาเล็กน้อย 2
- มีปัญหาปานกลาง 3
- มีปัญหามาก 4
- มีปัญหามากที่สุด 5



การดูแลตนเอง

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



กิจกรรมที่
ทำเป็นประจำ

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



อาการเจ็บปวด/
อาการไม่สบายตัว

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



ความวิตกกังวล/
ความซึมเศร้า

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

5L = 5 Levels

รูปที่ 8 : แสดงการประเมินคุณภาพชีวิต (5Q-5D-5L)

แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Risk assessment scale)				
	1	2	3	4
1 การรับรู้ความรู้สึก	ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	ตอบสนองต่อความเจ็บปวดแต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบาย	ทำตามคำสั่งได้บ้าง	ตอบสนองต่อคำสั่งได้และรับรู้ความไม่สบาย
2 ความชื้นของผิวหนัง	เปื่อยขึ้นตลอดเวลาจากเหงื่อ อุจจาระปัสสาวะ	เปื่อยขึ้นบ่อยครั้ง มีการเปลี่ยนผ้าปูอย่างน้อย 1 ครั้งต่อแวน	เปื่อยขึ้นเป็นบางครั้ง มีการเปลี่ยนผ้าปูอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	ไม่มีความเปื่อยขึ้น ผิวหนังแห้งปกติ
3 ความสามารถในการทำกิจกรรม	ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ถูกจำกัดอยู่บนเก้าอี้ ไม่สามารถเดินด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วยพยุงไป บ้างเก้าอี้หรือรถเข็น	เดินได้ เป็นครั้งคราว	เดินได้เอง ลุกออกจากเตียงอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
4 ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย	ขยับเปลี่ยนท่าไม่ได้เลย	ขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย	ขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย แต่บางครั้ง	ขยับเปลี่ยนท่าได้ตามปกติ
5 ภาวะโภชนาการ	รับประทานอาหาร 1/3 /NPO/อาหารเหลวใส/ IV Fluid > 5 วัน	รับประทานอาหาร 1/2 หรือ feed รับประทานไม่หมด	รับประทานอาหาร 1/2 หรือรับ feed/TPN ได้หมด	รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ
6 แรงเสียดสีและแรงเฉือน	เลื่อนไหลไปจากท่าเดิม ขณะนอนหรือนั่ง	ทรงท่าทางของร่างกาย ขณะนอน/นั่งได้ เลื่อนไหลจากท่าเดิมบ้าง	ทรงตัวได้ดีทั้งในเตียงหรือนั่งเก้าอี้	-
การประเมิน 1. ประเมินแรกรับ 2. ผู้ป่วยวิกฤต(Intensive care) ประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง/ทุกแวนและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 3. ผู้ป่วยทั่วไปประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมงและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง		คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ คะแนน 19-23 ไม่มีความเสี่ยง คะแนน 15-18 มีความเสี่ยง คะแนน 13-14 มีความเสี่ยงปานกลาง คะแนน 10-12 มีความเสี่ยงสูง คะแนน 6-9 มีความเสี่ยงสูงมาก		

รูปที่ 9 : แสดงการประเมินการหายของแผลกดทับแบบ
(Pressure Ulcer Scale for Healing Tool)

(4) การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทย

1. เกณฑ์การตรวจประเมินทั่วไปทางการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การตรวจประเมิน	เหตุผล
สมุฏฐานวินิจฉัย หรือ วัน เดือน ปี เกิด	เพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนและมูลเหตุการเกิดโรค
ลักษณะทั่วไป : ดูลักษณะผู้ป่วย รูปร่าง สีผิว สังกะสี อิริยาบถ การยืน การเดิน การนั่ง การนอน การพลิกตัว การหยิบจับสิ่งของ การกลืน การเคี้ยว การพูด การหลับตา การหายใจ	เพื่อประเมินธาตุปัจจุบันของผู้ป่วย (ปกติลักษณะ)
จับชีพจร : ที่ข้อมือและหลังเท้า ทั้ง 2 ข้าง	เพื่อประเมินกำลังเลือดและลมของผู้ป่วย ทั้งลมเบื้องสูง และเบื้องต่ำ ดูระบบการไหลเวียนโลหิต ตรวจดูว่า วาตะ ปิตตะ เสมหะ มีการกำเริบ หย่อน พิการ อย่างไร
การตรวจ : ดู ฟัง คลำ เคาะ 1. ทดสอบความตึงแข็ง อ่อน นุ่ม และ ความร้อนเย็นของเส้นโดยการกด คลำ 2. ทดสอบการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย โดยการกด ลูบ สัมผัส	เพื่อประเมินว่ามีอาการแข็งตึงของท้อง มากน้อยเพียงใด คลำดูภาวะลมอันในท้อง ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมิน ภาวะท้องผูก เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา ได้แก่ การตั้งตำรับยาและการนวดรักษา
ทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว/ กำลัง : 1. ทดสอบการเคลื่อนไหวและกำลังของ กล้ามเนื้อ 2. การตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรม แผนไทย เช่น การวัดสันเท้า ทดสอบ แรงถีบปลายเท้า 3. การวัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score	เพื่อประเมินกำลังของลม และการตึงของกล้ามเนื้อสำหรับการวางแผน การรักษา ได้แก่ การตั้งตำรับยาและการนวดรักษา

2. การตรวจประเมินทางกายภาพทางการแพทย์แผนไทย

1. **ท่าเดิน** มีลักษณะพิเศษ ขาข้างที่เป็นเดินปิดปลายเท้า มือและแขนหงิกงอ
2. **คู่มือต่อหัวไหล่** มีหลุดหลวมหรือไม่ มากหรือน้อยโดยใช้นิ้วมือ วัดว่ากระดูกต้นแขนต่ำจากหัวคุดมไหล่นิ้วมือ
3. **คุณลักษณะทั่วไปของแขน ขา**
 - กล้ามเนื้อมักลีบ หลังเท้าบวม
 - สีผิว มักมีสีดำ คล้ำ ซีด
 - อุณหภูมิ มือ-เท้าหรือตัว มักเย็น
4. **จับชีพจรมือและเท้า** ถ้าเต้นไม่สมดุลกัน (ลมเบื้องสูง ลมเบื้องต่ำไม่สมดุลกัน) จะเป็นลมชีวาศดมภ์ มีเสมหะมาก ขาดน้ำ ท้องผูก อุจจาระเหม็น จะต้องนวดท้องเพื่อปรับสมดุล (อัมพาตชนิดอ่อน)

5. วัดสันเท้า

- ถ้าตรวจพบข้างที่เป็นสั้น เป็นอัมพาตชนิดแข็ง ตอบสนองต่อการนวดช้า
- ถ้าตรวจพบข้างที่เป็นยาว เป็นอัมพาตชนิดอ่อน ตอบสนองต่อการนวดเร็ว

6. ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของขา

- กระดิกเท้าขึ้น – ลง อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - กระดิกเท้าขึ้น - ลง อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่
 - ทดสอบแรงถีบปลายเท้า อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง
 - ทดสอบกำลังสะโพก ให้ตั้งเข่าเข้าสองข้าง (ในกรณีผู้ป่วยชันเข้าได้) โดยตั้งขาดีเป็นหลักก่อน แล้วให้กางเข่า หนีบเข่า เพื่อทดสอบว่ามีกำลังตอบสนองได้ดีหรือไม่
- กรณีผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการตรวจ ให้บีบนิ้วชี้ของเท้าแล้วหักเร็ว ๆ ถ้าผู้ป่วยชักขาหนีแสดงว่าเส้นประสาทสั่งการได้ จะตอบสนองต่อการนวด สามารถเดินได้ และนวดจุดสัญญาณที่ 2 ขาด้านนอกได้

7. ทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของแขน

- คว่ำ – หงาย อาจทำไม่ได้ หรือทำได้ไม่ดี
- กำ - หยียด อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
- ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้าง เปรียบเทียบกันข้างที่เป็นอ่อนแรงกว่า
- ดึงข้อศอก อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบไม่มั่นคง
- กระดกข้อมือขึ้น – ลง โดยหมอบประคองข้อมือ คนไข้อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่
- ขูแขนชิดหู หยียดนิ้วมือ ถ้าขูได้เรียกว่าเส้นประสาทสมบุรณ์ ตอบสนองการรักษาดี
- ดึงแขน 3 จังหวะ อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง

ตัวอย่าง : การรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิงด้วยการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์แผนไทย

ตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การฟื้นฟูสุขภาพด้านหัตถเวช

- **ดูค่าผลทางห้องปฏิบัติการที่ควรจัดทำหัตถการแพทย์แผนไทย**

- 1) ค่าเกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม.
- 2) ค่าความแข็งตัวของเลือด (INR) มากกว่า 3

- **เกณฑ์จัดทำหัตถการแพทย์แผนไทย และแจ้งแพทย์ทันที**

- ▶ $T > 38^{\circ}\text{C}$
- ▶ $PR > 100$ หรือ < 60 ครั้ง/นาที
- ▶ $SBP > 180$ หรือ < 90 , $DBP > 110$ หรือ < 60 ครั้ง/นาที
- ▶ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซึมลง สับสน

มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขน ขา อ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ บวม สงสัย DTV (ขาด้านใดด้านหนึ่งบวมมากกว่าปกติ)

- ▶ ควรระมัดระวังการนวดบริเวณคอ ซึ่งใกล้บริเวณของหลอดเลือดแดง (Carotid artery) ควรกดคลายเบา ๆ ไม่ควรนวดใช้แรงมาก อาจเกิดการปริแตก ที่บริเวณหลอดเลือด Carotid artery

- ▶ ควรระมัดระวังการนวดผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin และ ยา Aspirin ควรเริ่มด้วยการนวดสัมผัส เน้นการประคบสมุนไพร

- ▶ งดการนวดในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเลือดออกง่าย ค่าความแข็งตัวของเลือด INR มากกว่า 3

- ▶ งดการนวดในกรณีผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือด ต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม.

- **การนวดสัมผัส**

เป็นการนวดในลักษณะที่เบา ใช้การลูบ บีบ จับเบา ๆ หรือนวดน้ำมัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการรับสัมผัสในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะแข็งเกร็งหรือขยับเขยื้อนไม่ได้ นวดวันละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 – 1.5 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 วัน นวดทั้งสองข้าง โดยเริ่มนวดข้างที่มีอาการก่อน

- **การนวดฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นวดข้างที่เป็นก่อน จึงค่อยนวดข้างที่ไม่เป็น 1 รอบ)**

ลำดับ	การตรวจพื้นฐาน	จำนวน (รอบ)	หมายเหตุ
1	ตรวจพื้นฐานขา เน้นข้อเท้า เปิดประตูลม	1 - 3	
2	ตรวจพื้นฐานหลัง	1 - 3	
3	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 หลัง	1 - 3	
4	ตรวจพื้นฐานขาด้านนอก	1 - 3	
5	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 ขาด้านนอก	1 - 3	ในกรณีผู้ป่วยเหยียดข้อขาไม่ได้ ระวังการตรวจสัญญาณ 2 ขา ด้านนอก
6	ตรวจพื้นฐานขาด้านใน	1 - 3	
7	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 ขาด้านใน	1 - 3	
8	ตรวจพื้นฐานท้อง	1 - 3	ห้ามตรวจในกรณีมีโรคประจำตัว AF (Atrial fibrillation), AAA (Abdominal aortic aneurysm) ห้ามตรวจท้องเด็ดขาด (โดยการตรวจท้อง ต้องอยู่ภายใต้ ผู้มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น)
9	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 ท้อง	1	
10	ตรวจพื้นฐานแขนด้านใน	1 - 3	
11	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 แขนด้านใน	1 - 3	
12	ตรวจพื้นฐานแขนด้านนอก	1 - 3	
13	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 แขนด้านนอก	1 - 3	
14	ตรวจพื้นฐานบ่า	1 - 3	
15	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 หัวไหล่	1 - 3	ในกรณีผู้ป่วยเหยียดข้อแขนไม่ได้ ระวังการตรวจสัญญาณ 2 หัวไหล่
หมายเหตุ : ถ้ามีอาการมูมปากตก ลิ้นกระด้าง คางแข็ง พุดไม่ชัด ให้ตรวจข้อ 16 - 19			
16	ตรวจพื้นฐานคอ	1 - 3	
17	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 ศีรษะด้านหลัง	1 - 3	
18	ตรวจจุดจุ่มประสาท	1	
19	ตรวจสัญญาณ 1 - 5 ศีรษะด้านหน้า	1 - 3	

- **ข้อควรระวังในการนวด**

1. ควรวัด Vital Signs ทุกครั้งก่อนเข้าทำหัตถการและหลังทำหัตถการโดย Control BP
 - ▶ ได้รับยา rt-PA keep BP < 185/110 mm/Hg

- **การตรวจร่างกายหลังนวด**

1. ดูข้อต่อหัวไหล่ ในกรณีที่ตอบสนองต่อการนวด ข้อไหล่มีความกระชับขึ้น
2. ดูลักษณะทั่วไปของแขน - ขา
 - ▶ กล้ามเนื้อในกรณีที่บวมลดลง ในกรณีที่สับ มีความกระชับขึ้น
 - ▶ สีผิว มักมีสีดำ คล้ำ ซีดลดลง
 - ▶ อุณหภูมิอุ่นขึ้น
3. จับชีพจรมือและเท้า เส้นสมดุลงัน
4. วัดส้นเท้า เท้ากันมากขึ้น
5. ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของขา
 - ▶ กระดิกนิ้วเท้าขึ้น - ลง อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
 - ▶ กระดกข้อเท้าขึ้น - ลง อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
 - ▶ ทดสอบแรงถีบปลายเท้า อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
 - ▶ ทดสอบกำลังสะโพก ให้ตั้งเข่าเข้าสองข้าง (ในกรณีผู้ป่วยเข่าเข้าได้) โดยตั้งขาดี เป็นหลักก่อนแล้วให้กางเข่า หนีบเข่า เพื่อทดสอบว่ามีกำลังตอบสนองได้ดีหรือไม่
6. ทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของแขน
 - ▶ คว่ำ - หงายมือ อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - ▶ กำ - หยียด อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - ▶ ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้างเปรียบเทียบกันข้างที่เป็นอ่อนแรงกว่า
 - ▶ ตั้งข้อศอก อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบไม่มั่นคง
 - ▶ กระดกข้อมือขึ้น - ลง โดยหอบประคองข้อมือ คนไข้อาจ ทำไม่ได้ หรือทำได้ไม่เต็มที่
 - ▶ ชูแขนชิดหู หยียดนิ้วมือ ถ้าชูได้เรียกว่า เส้นประสาทสมบรูณ์ตอบสนองการรักษาดี
 - ▶ ดึงแขน 3 จังหวะ อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง
7. ระยะเวลาการนวดและความถี่

กรณีตอบสนองต่อความรู้สึก สามารถกระดิกนิ้วมือได้ ควรนวดพื้นฟูวันเว้นวัน หรือ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ๆ ละ ไม่น้อยกว่า 60 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร และประคบผล ส่วนกรณีผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ควรนวดพื้นฟู สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ ไม่น้อยกว่า 60 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร ติดต่อกันประมาณ 2 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วย จะสามารถฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง โดยแนะนำให้แกผู้ป่วยและญาติในการนวดฟื้นฟูตนเอง และ การทำกายบริหารด้วยตนเอง

- **คำแนะนำหลังการนวด**

1. สอนญาติ เรื่องการนวดผ่อนคลาย ประคบสมุนไพร การบริหารเพื่อนำกลับไปดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน
2. จัดอาหารแสดงพื้นฐาน เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ยาแก้ปวด ฯ เป็นต้น
3. ไม่นอนทับแขน ขาข้างที่เป็น
4. พักผ่อนให้เพียงพอ
5. ส่งเสริมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดหรือหางานอดิเรกทำ เช่น การร้อยลูกปัด ปั่นดินน้ำมัน การฝึกสมาธิ

2. การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงต้น ช่วงกลาง ช่วงปลาย โดยการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น เทียบเคียงโรค/อาการ ได้ใกล้เคียงกับการดูแลผู้ป่วยในช่วงปลาย กล่าวคือ ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการพัฒนาที่ดีขึ้น สามารถที่จะยืนได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มากขึ้น เช่น การใส่เสื้อ การแปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม พุด-คุย ตอบโต้สื่อสารได้ดีขึ้น หรือในบางรายเริ่มที่จะฝึกเดิน สามารถพยุงน้ำหนักตัวเองได้ จะเน้นรักษาด้วย “ยารสร้อน” เพื่อปรับและบำรุงธาตุให้บริสุทธิ์

2.1 ยารักษาอาการหลัก

1) ยาสหัสธารา

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : ขับลมในเส้น แก้อาการท้องอืด

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

คำเตือน : -

- ข้อควรระวัง :
- ควรระวังการบริโภคในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติกและโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
 - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูร และเกิดพิษได้
 - ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์ : ร้อนท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ คอแห้ง ผื่นคัน

2) ยาแก้อัมพาต

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : บรรเทาอาการปวดตามเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตึงหรือชา

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนดื่มประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร
ดื่มขณะที่ยังอุ่นอยู่ วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก

คำเตือน : -

ข้อควรระวัง : ● ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
● ควรระมัดระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่จำกัดการใช้เกลือ

อาการไม่พึงประสงค์ : แสบร้อนยอดอก

2.2 ยารักษาอาการร่วม

1) ยาหอมเทพจิตร

รูปแบบยา : ยาผง ยาเม็ด

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : แก่ลมกองละเอียด ได้แก่ อาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย
(อาการที่รู้สึกใจหวิว วิงเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม)
ใจสั่น และบำรุงดวงจิตให้ชุ่มชื้น

ขนาด/วิธีใช้ : ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม ละลายน้ำดื่มสุกที่ยังอุ่นอยู่
เมื่อมีอาการทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ชนิดเม็ด

รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง
ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ข้อห้ามใช้ : -

คำเตือน : -

ข้อควรระวัง : ● ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
● ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
● ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ข้อมูลเพิ่มเติม : -

2) ยาหอมบวโกฐ

รูปแบบยา : ผง เม็ด

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : 1. แก้ลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ
2. แก้ลมปลายไข้ (หลังจากฟื้นไข้แล้วยังมีอาการ เช่น คลื่นเหียน
วิงเวียน เบื่ออาหาร ท้องอืด และอ่อนเพลีย)

ขนาด/วิธีใช้ : ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ละลายน้ำกระสาย หรือน้ำต้มสุก
ที่ยังอุ่นอยู่ เมื่อมีอาการทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง
น้ำกระสายยาที่ใช้

- กรณีแก้ลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ
ใช้น้ำลูกผักชี (15 กรัม) หรือเทียนดำ (15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา
- กรณีแก้ลมปลายไข้ ใช้ก้านสะเดา (33 ก้าน หรือ 15 กรัม) ลูกกระดอม
(7 ลูก หรือ 15 กรัม) และเถาบอระเพ็ด (7 อนุคลี หรือ 15 กรัม)
ต้มเป็นน้ำกระสายยา

ชนิดเม็ด

รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม หรือน้ำต้มสุกที่ยังอุ่นอยู่ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง
เมื่อมีอาการไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

คำเตือน : -

ข้อควรระวัง : ● ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (an-
ticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
● ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ข้อมูลเพิ่มเติม : ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่า
ไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล *Aristolochia* ซึ่งพืชในสกุล
Aristolochia มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี
ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล *Aristolochia* เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

3) ยารรณีสลทกษาด

รูปแบบยา : แคปซูล เม็ด ลูกกลอน

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : แก้กษัยเส้น

ขนาด/วิธีใช้ : ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำดื่มสุกที่ยังอุ่นอยู่ หรือผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอน วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าหรือก่อนนอน

ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าหรือก่อนนอน

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก

คำเตือน : -

- ข้อควรระวัง :
- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
 - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูร และเกิดพิษได้
 - ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
 - ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ข้อมูลเพิ่มเติม : -

4) ยาเบญจกุล (ยารสร้อน)

รูปแบบยา : แคปซูล ผง

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ : บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

ขนาด/วิธีใช้ : ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1.5 - 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ชนิดผง
รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 เวลา หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน

รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็กเล็ก

คำเตือน : -

ข้อควรระวัง : ● ควรระมัดระวังการใช้ในผู้ที่ร้อนในง่าย และการใช้ในฤดูร้อน เนื่องจากอาจทำให้ธาตุไฟกำเริบ

● ไม่ควรรับประทานติดต่อกันนานเกิน 7 วัน

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ข้อมูลเพิ่มเติม : -

2.3 ยาตำรับปรุงเฉพาะราย

ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์

3. คำแนะนำการฝึกปฏิบัติ

3.1 ฝึกออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อและอวัยวะแขนขาที่อ่อนแรง ตามทำการบริหารของหัตถเวชกรรมไทย โดยการชักโรค การบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการร่วมในการช่วยเหลือด้วย

3.2 งดอาหารแสลง/อาหารรสจัดต่าง ๆ เช่น เผ็ด เค็ม หวาน มัน เปรี้ยว ของหมักดอง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ฯลฯ

3.3 ดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว เพื่อป้องกันท้องผูก กรณีมีอาการท้องผูก กรณีมีอาการท้องผูก แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ หรือน้ำมะขามเปียกเพื่อช่วยในการระบายท้อง

3.4 ไม่ควรนอนดึก หรือทำงานเกินกำลัง

3.5 ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย บริหารจิตใจด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกหรือการทำสมาธิ

3.6 หางานอดิเรกทำเพื่อคลายเหงา เช่น การอ่านหนังสือ ร้องเพลง

การแพทย์แผนจีน

แพทย์แผนจีนพิจารณาเลือกใช้จุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์ทางเลือก

ตัวอย่าง : การทำสมาธิบำบัด SKT

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด –เหยียด ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิ การเหยียวยาไทยจินตภาพ”

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกง”

ท่าที่ 8 (SKT 8)

หมายเหตุ คู่มือการปฏิบัติ สมาธิบำบัด SKT ท่าที่1-8 ในส่วนที่ 3 เรื่อง จิตตานามัย หน้าที 51-60

ตัวอย่าง : การตรวจประเมินผลหลังการรักษาและติดตามผล

- การตรวจประเมินผลหลังการรักษา ใช้การประเมินเช่นเดียวกับการตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษา
- การติดตามผลการรักษา สามารถติดตามผลตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ดูแล

2.3 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 2.3.1 การประเมินและการวินิจฉัย ก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน
- 2.3.2 การประเมินและการวินิจฉัย ก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- 2.3.3 การจัดการอาการต่าง ๆ
- 2.3.4 การประเมินหลังการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ตัวอย่าง : การประเมินและการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน

1) การใช้เครื่องมือแบบประเมินด้วย ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ใน การประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และความสบายกาย / ใจ ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตอบ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเองได้) โดยระดับการวัดของอาการ จะถูกแบ่งออกเป็นตัวเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด หลังจากประเมินด้วย ESAS แล้วผู้ประเมินควรบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการ ติดตามผลการรักษา



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดกรอกหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

(พิจารณาระดับความปวดในแง่ความถี่)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึมเล็กน้อย						มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึมเล็กน้อยมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ไม่เบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

สบายดีทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

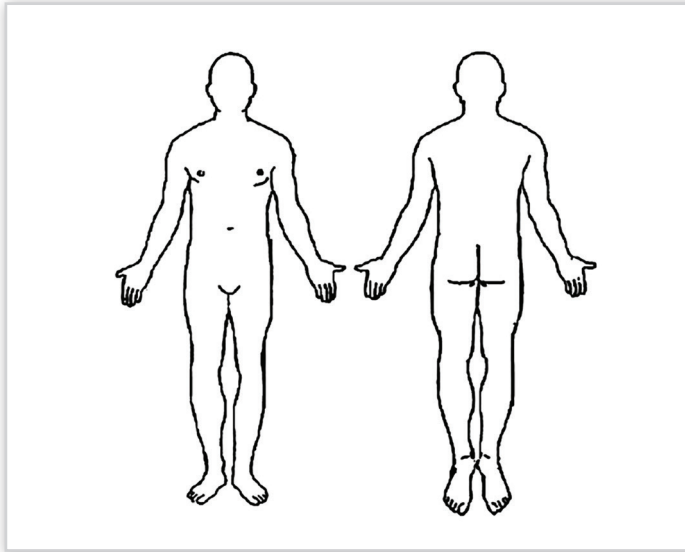
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ						มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่						(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ชื่อผู้ป่วย _____

วันที่ _____ เวลา _____

ทำโดย ☐ ผู้ป่วย☐ ผู้ดูแลผู้ป่วย☐ อื่นๆ ได้แก่ _____



รูปที่ 10 : แสดงแบบประเมิน SAS (Edmonton Symptom Assessment System)

2) การประเมินด้วย PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2)

Version 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม ในขณะปัจจุบัน ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการ เคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว ประโยชน์ ของการ ประเมิน PPS เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลและใช้ประเมิน การพยากรณ์โรคโดยคร่าว ๆ ของผู้ป่วย (Prognostic Value) เช่น

- คะแนน PPS มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยจะมีการคงที่
- คะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-70 หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่จะอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน
- คะแนน PPS น้อยกว่า 30 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

วิธีการใช้ PPS

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวาง ไหล่จากซ้ายไปขวา
2. เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่า ไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการ เคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40 % แต่คะแนน สูงสุดจะต้องเป็น 40 % ตาม ช่องซ้ายสุดเท่านั้น
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมมากที่สุด
4. ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของ ผู้ดูแลผู้ป่วย, และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว



แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสากล

(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกรู้หา +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ศก. พญ. นุชยามาศ จิวถวิล และคณะกรรมาการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระรามธิบดี)

รูปที่ 11 : แสดงแบบประเมิน PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2)

3) การประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมิน T - FLIC Version 2 (Thai-

Modified Function Living Index Cancer Questionnaire) สร้างโดยชิปเปอร์และคณะ (Schipper H & Levitt M, 1985) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยสุมิตรา ทองประเสริฐและคณะ (Thongprasert et.al., 2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย ภาพจิตใจและการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและ สังคม แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่ (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good)

APPENDIX
The Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire Version 2 (T-FLIC 2)

1. คนส่วนมากมักมีความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หมกมุ่นกับโรค สำหรับท่านมีความรู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน
(0) ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) นานๆ ครั้ง (3) ไม่เคยเลย
2. ท่านสามารถที่จะนึกหรือจดอาการเครียดในแต่ละวันได้ดีแค่ไหน
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดถึงอาการป่วยของท่าน
(0) ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) คิดบ้าง (3) ไม่คิดมาก
4. ท่านสามารถที่จะทำกิจกรรมที่ทำให้พักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง, ฟังเพลง, ดูโทรทัศน์, อ่านหนังสือเล่นได้หรือไม่
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
5. หลังจากที่ท่านได้รับการรักษาแล้ว หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านสามารถทำงานประจำได้หรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น กวาดบ้าน, ล้างจาน, รดน้ำต้นไม้, ปลูกต้นไม้, ซ่อมแซมบ้าน)
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้น้อยกว่าปกติ (3) ได้ตามปกติ
6. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง
(0) รู้สึกไม่ได้เลย (1) รู้สึกดีบ้างไม่ดีบ้าง (2) รู้สึกดี (3) รู้สึกดีมาก
7. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกสบายพอที่จะทำอาหารรับประทานหรือทำงานบ้านหรือไม่
(0) ไม่ได้เลย (1) เกือบไม่ได้เลย (2) ได้เป็นบางครั้ง (3) ได้มาก
8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคที่ท่านเป็นอยู่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อผู้ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ลูก หลาน หรือไม
(0) ยุ่งยากมาก (1) ยุ่งพอสมควร (2) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3) ไม่รู้สึกเลย
9. ท่านมีความรู้สึกท้อแท้ หมกมุ่นถึง สิ่งหวังต่อชีวิตของท่านแค่ไหน
(0) รู้สึกตลอดเวลา (1) รู้สึกมาก (2) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3) ไม่รู้สึกเลย
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านพอใจกับกิจกรรมที่ทำรวมทั้งงานบ้านด้วยแค่ไหน
(0) ไม่พอใจ (1) พอใจเล็กน้อย (2) พอใจบ้าง (3) พอใจมาก
11. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความลำบากหรือไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร
(0) ไม่สะดวกมาก (1) ไม่สะดวกเล็กน้อย (2) สะดวก (3) สะดวกดีมาก
12. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกที่ท่านเป็นเหตุให้เกิดความเดือดร้อนยุ่งยากแก่ผู้ใกล้ชิดหรือไม่
(0) รู้สึกยุ่งยากมาก (1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง (2) รู้สึกเล็กน้อย (3) ไม่รู้สึกเลย
13. อาการเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบายที่เป็นอยู่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยขนาดไหน
(0) เป็นอุปสรรคมาก (1) เป็นอุปสรรคปานกลาง (2) เป็นอุปสรรคเล็กน้อย (3) ไม่เป็นอุปสรรคเลย
14. โรคที่ท่านเป็นอยู่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างไร
(0) รู้สึกยุ่งยากมาก (1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง (2) รู้สึกเล็กน้อย (3) ไม่รู้สึกเลย
15. ท่านสามารถทำงานประจำที่บ้านได้เรียบร้อยตามต้องการหรือไม่
(0) ทำไม่ได้เลย (1) ทำได้เล็กน้อย (2) ทำได้ปานกลาง (3) ทำได้ตามปกติ
16. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอยากออกจากบ้านไปพบเพื่อนหรือร่วมงานสังสรรค์หรือไม่
(0) ไม่อยากไปเลย (1) อยากไปบ้างบางครั้ง (2) อยากไปมาก (3) อยากมากที่สุด
17. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากแค่ไหนใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
(0) มีมากที่สุด (1) มีมาก (2) มีบ้างเล็กน้อย (3) ไม่มีเลย
18. ท่านมีความกังวลเรื่องอนาคตแค่ไหน
(0) กังวลมากที่สุด (1) กังวลมาก (2) กังวลบ้างเล็กน้อย (3) ไม่กังวลเลย
19. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านอยากไปพบพูดคุยกับเพื่อนมากแค่ไหน
(0) ไม่อยากไปเลย (1) อยากไปเป็นบางครั้ง (2) อยากไปบ่อยๆ (3) อยากไปทุกวัน
20. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอาการป่วยของท่านมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่ท่านเป็นอยู่มากน้อยแค่ไหน
(0) เกี่ยวมากที่สุด (1) เกี่ยวมาก (2) เกี่ยวบ้างเล็กน้อย (3) ไม่เกี่ยวข้อง
21. ท่านมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์มากแค่ไหน (มั่นใจว่าแพทย์รักษาถูกต้อง)
(0) ไม่มั่นใจ (<50%) (1) มั่นใจบ้าง (50%) (2) มั่นใจมาก (50-80%) (3) มั่นใจมากที่สุด (>80%)
22. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร
(0) ไม่สบายเลย (1) สบายดี (2) สบายมาก (3) สบายมากที่สุด

รูปที่ 12 : แสดงแบบประเมิน T - FLIC Version 2

(Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire)

ตัวอย่าง : การประเมินและการวินิจฉัย รักษา พื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไปการจับชีพจร การดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจร่างกายทางหัตถเวช เพื่อให้ทราบตำแหน่งและอาการที่ได้จากการสังเกตและการตรวจว่าเป็นอย่างไร

2. การวิเคราะห์ทางการแพทย์แผนไทย โดยตรวจอาการต่าง ๆ และซักประวัติตามอาการของกลไกการ เกิดโรค เพื่อให้ทราบสาเหตุและความหนักเบาของโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่

1) อาการทางปิตตะ ไข้กำเดา (ไข้ตัวร้อน) ปรากฏบ่อยครั้ง เป็น ๆ หาย ๆ เนื้อตัวรุ่ม มีอาการเสท้านร้อน สะท้านหนาวมีแผลในปากหรือมีฝ้าที่ลิ้นจากไอความร้อนภายใน (กำเดา) เนื่องจากการอักเสบและบวม ไผ่ย่อยอาหาร (ไฟปริณามัคคี) ย่อยอาหารไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวย่น มีฝ้าปรากฏ และมีสีเข้ม

2) อาการทางวาตะ ท้องอืด ท้องพอง รับประทานอาหารได้น้อย อิ่มท้องไปด้วยลม ปวดเสียดท้อง ลมในท้องวิปริตแปรปรวน เกิดเห็บขาเนื่อง ๆ (คือ อาการตะคริวอันเกิดจากกระทบความเย็นที่ไม่ใช่โรคเห็บขา)

3) อาการทางเสมหะ มีเสมหะ ไอเป็นเวลานานไม่หาย บางทีไอเป็นโลหิต ไอเป็นมอคร่อ ปัสสาวะ และอุจจาระวิปริตแปรไป ทั้งสี กลิ่น และขัดบ้าง ท้องผูกบ้าง ลงท้องบ้าง บางทีมีกลิ่นเหม็นคาวและมีโลหิตออกทาง ช่องทวารหนักและทวารเบา และประมะหะ (เป็นเมือกมัน) ต่าง ๆ แปรปรวนและผิดปกติจากเดิม

4) อาการทางปฐวีธาตุ (ธาตุดิน / อวัยวะธาตุ) ร่างกายผ่ายผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินไม่ได้ มีแผล ฝี หนองและน้ำเหลือง มีก้อนทั้งภายในหรือภายนอกในร่างกาย ปวดเมื่อยตามร่างกายเป็นกำลัง อ่อนกำลังหายใจเหนื่อย หอบ อาจมีฝีเปื่อยเน่าหรือเป็นหนอง บ้างเป็นบ้างเป็นดานและเป็นมาน (อาการตับม้ามโต ท้องแข็ง ท้องโตบวม)

ทั้งนี้ อาการข้างต้นในผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จะมีการแบบค่อยเป็นค่อยไปจากน้อยไปหามาก และจากเบาไปหนัก การรักษาอาการต่าง ๆ จึงต้องดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และรักษาอาการที่รุนแรงหรือหาสาเหตุหลัก เป็นสำคัญ เช่น

- อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง ท้องอืดเฟ้อ (ไฟปริณามัคคีหย่อน หรือพิการ)
- ปวดเสียดชายโครงขวา (จากก้อนหรือลมดันในท้อง) ลมปิตตะคุละมะ
- ท้องผูก ถ่ายยาก ขับถ่ายไม่ปกติ
- ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ร้อนเป็นตอนเย็นเป็นตอน (ไฟอุ่นกายทำงานผิดปกติ)
- เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กินไม่ได้

3. การประเมินอาการและมูลเหตุลักษณะของรากำเร็บ หย่อน พิการ

กำเร็บ หมายถึง รุนแรงขึ้น ทำหน้าที่มากเกินไป เช่น โรคกำเร็บ กิเลสกำเร็บ

หย่อน หมายถึง ทำหน้าที่น้อยลง หรือเลวลง

พิการ หมายถึง ทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม คือ มากเกินไป หรือน้อยเกินไป (ควบคุมไม่ได้ ไม่คงที่)

พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเร็บ (7-10)
012345678910 น้อย (ไม่มี)มาก (หนัก)			

4. การประเมินความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวและความไม่สบาย

โดยใช้ แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) ระเมินความรุนแรงของอาการปวด หรือระดับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด (Pain Score) โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดจากน้อยไปหามาก มีคะแนน ตั้งแต่ 0 - 10 และการประเมินการ เคลื่อนไหวแขน ข้างกาย โดยประเมิน Motor Power และการรับรู้อื่น ๆ ตามความจำเป็น

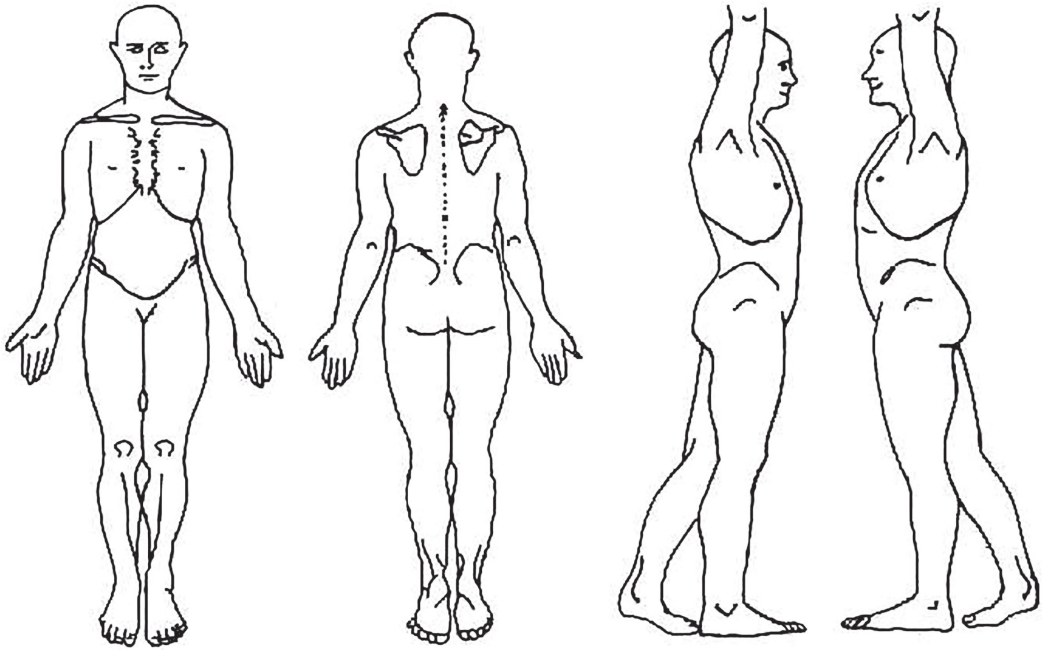
ตัวอย่าง : การจัดการอาการต่าง ๆ

1. การจัดการอาการปวด (Pain)

อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้าย อาการปวดจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจ ดังนั้นการจัดการอาการปวดจึงควรเป็นไปอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้การประเมินอาการปวดตามหลักสากล และทักษะการวินิจฉัยอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการปวด โดยมีหลักการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินอาการปวด

1) ตำแหน่ง (Pain Position) สามารถประเมินได้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (Body Chart) ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งและหลายลักษณะ



รูปที่ 13 : แสดงแบบประเมินอาการปวดตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย (Body Chart)

2) **ลักษณะความปวด (Pain Characteristics)** เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดตื้อ ๆ ปวดตื้อ ๆ ปวดเหมือนถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลม ๆ ปวดร้าว ปวดแบบจุก ๆ แน่น ๆ เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวด ว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

3) **ความรุนแรงของความปวด (Pain Intensity)** ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) คือจากคะแนน 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน Face Pain Rating Scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ

4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

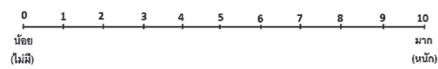
5) **ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต** เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

6) **ผลของการรักษาต่อความปวด** ได้แก่ ใชยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองระยะท้าย. 2558; หน้า 12-13)

1.2 การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางการแพทย์แผนไทยมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุการเกิดโรค ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิกัด และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อโรคและอาการ รวมถึงการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาต่อผู้ป่วย ซึ่งการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายโดยการใช้ยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร ดังนี้

อาการ/ อาการแสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิกัด				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิกัด (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
ปวด (ท้อง)					-ยาบรรเทาอาการ -หัตถการ (พอก/ประคบ)	1.ธาตุบรรจบ 2.ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 3.ยาปรุงเฉพาะราย
ปวด (ตามร่างกาย/ กล้ามเนื้อ)					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (พอก/ประคบ/ นวดสัมผัส ฯลฯ) - ฤๅษีดัดตน - สมาริบำบัด	1. ยาเถาวัลย์เปรียง 2. ยาโคคลาน (ผสม) 3. ยาผสมเถาวัลย์ เปรียง 4. ยาปรุงเฉพาะราย 5. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง)
จุก เสียด ท้องอืดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ - ฤๅษีดัดตน	1. ขมิ้นชัน 2. ยาขิง 3. ยาธาตุบรรจบ* 4. ยาธาตุอบเชย* 5. ยาประสะกะเพรา 6. ยาเบญจกูล 7. ยาประสะเจตพังคี * ข้อควรระวังในการใช้ยา : ยาที่มีส่วนผสมของการบูร การใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจมีผลต่อตับ ไต

อาการ/ อาการแสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
ท้องผูก					- ยาบรธาอาการ - หัตถการ (นวด/ ประคบท้อง) - ฤาษีดัดตน	1. ยาตรีผลา 2. ยาชุมเห็ด* 3. ยามะขามแขก* 4. ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง 5. ยาธรณีสัณทฆาต 6. ยาเบญจอมฤต 7. ยาปฐะเฉพาะราย * ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ทางเดินอาหารอุดตัน หรือ ปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
ท้องเสีย					- ยาบรธาอาการ	1. ยาธาตุนรรจ์* 2. ยามันทธาตุ* *ข้อควรระวังในการใช้ยา : ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด/ ซูบผอม					- ยาบรธาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเนาวโกฐ 3. ยาปฐะเฉพาะราย
เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง					- ยาบรธาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. สุขไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปฐะเฉพาะราย
นอนไม่หลับ/ หงุดหงิด					- ยาบรธาอาการ - หัตถการ (นวดผ่อนคลาย คอ บ่า ไหล่ นวด ศีรษะ)	1. ยาน้ำสาบาน (วัดคำประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. สุขไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปฐะเฉพาะราย
ง่วงซึม สับสนสับสน					- ยาบรธาอาการ - หัตถการ (นวด ศีรษะ คลายเครียด นวด คอ บ่าไหล่)	1. ยาหอมเทพจิตร 2. ยาหอมอินทจักร์ 3. ยาปฐะเฉพาะราย

อาการ/ อาการแสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
มีไข้/ ครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อนภายใน					- ยาบรรเทาอาการ	1. ยาจันทน์ลีลา 2. ยาจันทฤทธิ์ 2. ยาเขียวหอม 3. ยาประสะจันทน์แดง 4. ยาฟ้าทะลายโจร 5. ยาหญ้าปักกิ่ง 6. ยามะระขึ้นก* 7. ยาปรุงเฉพาะราย ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับ ยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับ ประทาน หรือร่วมกับการฉีด อินซูลิน เพราะอาจทำให้เกิด การเสริมฤทธิ์กันได้
คลื่นไส้/อาเจียน					- ยาบรรเทาอาการ	1.ยาชิง (ชง) 2.ยาหอม 3.ยาหอมทิพโอสถ 4.ยาปรุงเฉพาะราย
วิตกกังวล/ หงุดหงิด ไม่สบายใจ					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (นวด) - สมุนไพรบำบัด - ดนตรีบำบัด - สวดมนต์บำบัด	1.ยาหอมอินทจักร์ 2.ยาสุขไสยาสน์ 3.น้ำมันกัญชา 4.ยาหอมเทพจิตร 5.ยาปรุงเฉพาะราย

นอกจากนี้ อาจพิจารณาใช้ตำรับยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ร่วมในการรักษา (ยาเสริม) ตามการพิจารณาสมุฏฐาน ให้สอดคล้องกับหลักเภสัชกรรมไทย (รสยาไม่ขัดกัน) เช่น ยาหอมทิพโอสถ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน ยาหอมอินทจักร์ ยาพอก หรือยาปรุงเฉพาะรายตามความจำเป็น และควรมีการประเมินอาการปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อปรับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยลดปวดได้

1.3 การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

1.3.1 การสัมผัส (Touching) โดยการวางมือลงบริเวณที่มีอาการ หรือ บริเวณใกล้เคียงที่มีอาการ ตามหลักเส้นประธานสิบ ความร้อนจากฝ่ามือและการสัมผัสจะส่งผลทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

1.3.2 หัตถเวชกรรมไทยหรือการนวดไทย (Nuad Thai) โดยทำหัตถการที่สอดคล้องกับระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิตเพื่อรักษาอาการปวด หรืออาการไม่สบายของผู้ป่วย ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย

1.3.3 การดูแลแบบองค์รวมโดยใช้หลักธรรมานามัย ประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

1.3.4 การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด ชีกง มณีเวช สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling) กิจกรรมบำบัด และสวดมนต์บำบัด เป็นต้น

กรณีตัวอย่าง

คนไข้ชายไทยอายุ 49 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยมะเร็งตับระยะสุดท้าย Consult แพทย์แผนไทย ดูแลแบบประคับประคอง (TTM. Palliative Care) มีอาการปวดหลังและขาทั้ง 2 ข้าง ท้องพอง แน่นท้อง ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรค ลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใด ๆ ปฏิเสธการใช้ยากระตุ้นการทำงานของอวัยวะใด ๆ PPS SCORE = 20

การดูแลรักษา

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในครั้งแรก ๆ ที่เข้าพบ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ญาติเกิดความคุ้นเคยและความสบายใจที่จะบอกกล่าวข้อมูลต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแล เช่น ความกังวลใจ ความไม่สบายใจ และอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งมีใช้บทบาทหน้าที่ ของแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ก่อนที่จะเข้าพบผู้ป่วยและญาติควรรับข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือ PCWN (Palliative Care Ward Nurse) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการร่วมกันวางแผน การดูแลรักษา

2. ใช้ยาพอก (สูตรเย็น) พอกบริเวณท้องที่พอง ครั้งละ 10 - 15 นาที ทุก ๆ 6 ชั่วโมง
3. ใช้ยาครีมไหล ทาบริเวณหลังและขาทั้ง 2 ข้าง เมื่อมีอาการ
4. การสัมผัส (Touching)
5. สติบำบัด หรือ สมาธิบำบัด หรือ การฝึกสังเกตลมหายใจ
6. นิมนต์พระ รับสังฆทานจากผู้ป่วยและญาติ

2. การจัดการอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย (Tiredness / Fatigue)

อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ในทางการแพทย์แผนไทย คือ ลักษณะอาการของวาโยธาตุหย่อน เนื่องจากป่วย ด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรงมานานย่อมส่งผลต่อความเสื่อมถอยของระบบธาตุต่าง ๆ ในร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมี อาการเหนื่อยง่าย อ่อนแรง อิดโรย และหากเป็นเช่นนี้นานเข้า จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติต่อไป

2.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะโรคและอาการ ชีพจร เพื่อประเมินความรุนแรงของระยะโรคและอาการ (ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานปิตตะ วาตะ เสมหะ) และตรวจเปลวกำเดา (อุณหภูมิหรือความร้อน) เพื่อดูอาการของ ปิตตะ (ธาตุไฟ) ร่วมกับซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยและรักษา (ตามสมุฏฐานธาตุกำเริบ หย่อน พิการ)

2.2 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ตามหลักการทาง เวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะ ของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การ รักษา ไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้พิจารณาตามคัมภีร์ ที่ได้รับ การประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ

2.3 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลียโดยไม่ใช้ยาตำรับแผนไทยหรือยาสมุนไพร

การดูแลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย สามารถใช้การฝึกหายใจ ในการช่วยลดอาการเหนื่อย โดยค่อย ๆ ฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตลมหายใจ ค่อย ๆ หายใจเข้า - ออก ยาว ๆ ลึก ๆ นานประมาณ 5-10 นาที ฝึกทำซ้ำวันละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ ต้องคอยสังเกตอาการ หอบเหนื่อยว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทยอายุ 72 ปี มารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย มะเร็งปอดระยะสุดท้าย Consult TTM. Palliative Care มีอาการหายใจ หอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรคลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใด ๆ ปฏิเสธการใช้ยากระตุ้น การทำงาน ของอวัยวะใด ๆ ประเมิน PPS SCORE = 30 หลังอาการทุเลา ผู้ป่วยและญาติประสงค์ขอพากลับไปรักษาตัวต่อ ที่บ้าน และขอปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตจำหน่าย กลับบ้านพร้อมอุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจน

การดูแลรักษา

1. ฝึกการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
2. ให้อาหารหอมเทพจิตร 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้า - เย็น เมื่อกลับบ้านให้อาหารหอมเทพจิตร 1 กรัม รับประทาน เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะ ให้ไม่เกินวันละ 3 ครั้ง
3. ให้อาสาสุไสยาสน์ รับประทานครั้งละ 0.5 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
นัดติดตามอาการทางโทรศัพท์ 3 วันหลังกลับบ้าน และนัดเจาะเลือด 1 เดือน

3. การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดได้จากภาวะวโยธาตุหย่อน กำเริบ หรือพิการ ส่วนใหญ่มักเป็น ที่โกฎฐาสยวาตา หรืออุจฉิสยวาตา (ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานไม่สมดุล) และอาจเกิดจากกรีสั่ง (อาหารเก่าหรืออาหาร ที่กินเข้าไปย่อยแล้วบางส่วนเป็นมวนอุจจาระหรือ ของเสียในลำไส้) ที่คั่งค้าง ไฟปรีณามัคคีเผาผลาญไม่สมบูรณ์ (ของเสียคั่งค้างในร่างกาย หรือ อาหารกระทำให้เป็นพิษ เช่น กินของที่ ไม่ควรกินหรือของที่ ไม่ถูกกับธาตุหรือไม่ถูกกับโรค) หรือ เกิดจากอุทริย (อาหารที่รับประทาน) แสลงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

3.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะของชีพจรเพื่อประเมิน ปิตตะ วาตะ เสมหะ และ ตรวจแปลวกำเดา เพื่อดูการ กระจายตัวและลักษณะของปิตตะ ร่วมกับซักประวัติและ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการ

3.2 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ตามหลักการทางเวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วย แต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะ ของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิด อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้ พิจารณายาตามคัมภีร์ ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ หรือปรุงยาตาม เพื่อแก้อาการวิงเวียนศีรษะ

3.3 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยไม่ใช้ยา

แพทย์แผนไทยควรแนะนำการรับประทานอาหารตามธาตุสมุฏฐาน หรือ ตามสมุฏฐาน อาการของโรค ควรเป็นรสสุขุมหรือสุขุมร้อน หรือรสหอมเย็น รสหอมสุขุมหรือสุขุมหอม หรือ แนะนำเครื่องดัดสมุนไพร ที่มีรสเปรี้ยวหรือร้อนเล็กน้อย เช่น นำใบกะเพรา (ช่วยขับลม)

น้ำมันว (กัฒเสมหะและระบาย) นำลูกผักชีลา (แก้ไข้แก้อาเจียน) นำต้มลูกยอหมกไฟ (แก้อาเจียน) ในกรณีที่ใช้สมุนไพรสร้อน เช่น น้ำขิง ถ้าใช้ในน้ำร้อนหรือช่วงที่มีอาการ รุม ๆ หรือมีไข้ไม่ควรใช้ หรือหากจะใช้ควรให้รับประทานในปริมาณน้อยก่อน ในบางราย อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อน คอหรือร้อนในและไม่ควรใช้ขณะที่มีไข้ และควรรับประทานเป็นเครื่องดื่ม ร้อนหรืออุ่น จัดการระบายอากาศให้ถ่ายเท หรือแต่งกลิ่นห้องพักด้วยสมุนไพรช่วยขับลม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ระยะแพร่กระจาย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ การดำเนินโรคดี ปฏิเสธการช่วยคืนชีพ ปฏิเสธยากระตุ้นใด ๆ ผู้ป่วยมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นประจำ

การดูแลรักษา

- 1) ให้อาหารต้มเทศจิตร รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
- 2) ให้อาขิง โดยให้รับประทานเป็นผง ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร ดื่มเมื่อมีอาการ คลื่นไส้

4. การจัดการอาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือ (Drowsiness)

อาการง่วงซึม สะลึมสะลือ เป็นอาการที่มักพบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเกิดจาก กระบวนการของสมอง ธาตุเสมหะ ปิดตะ วาดะ หย่อนหรือพิการ (การทำงานของธาตุน้ำ ไฟ ลม ทำงานผิดปกติไปจากเดิมหรือทำงาน ช้าลง น้อยลง หรือสูญเสียหน้าที่)

4.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจชีพจร

4.2 แนวทางการจัดการอาการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ และอาจให้อาหารอินทจักร์ เพื่อช่วยกระตุ้น ระบบประสาท ทั้งนี้ให้พิจารณา และระมัดระวังการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 35 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยได้ยามอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 2 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง มีอาการสะลึมสะลือ พุดคุยรู้สึกตัวเป็นครั้งคราว

การดูแลรักษา

- 1) ฝึกการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือการฝึกสมาธิบำบัด หรือการฝึกการหายใจให้ผู้ป่วย (ในขณะรับรู้) และญาติ ไม่ควรรบกวนการหลับของผู้ป่วย
- 2) ขวนญาติทำการสารภาพบาป หรือ อโหสิกรรม โดยให้ญาติแต่ละคนได้กล่าวขอโทษ ในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน สามารถปรับตามความเชื่อ/ประเพณีของแต่ละศาสนาที่นับถือ
- 3) ขวนญาติและผู้ป่วยทำบุญด้วยการนิมนต์พระสงฆ์มารับสังฆทาน หรือตามศาสนา ที่ผู้ป่วยนับถือ

5. การจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

อาการเบื่ออาหารมักเกิดกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ส่วนมากมักเป็น ผลพวงจากโรคที่เป็น และหรือภาวะทางจิตใจ

5.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินจากน้ำหนักตัวที่ลดลงจากเดิม

5.2 แนวทางการจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด

ให้สมุนไพรที่มีรสขมเพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร เช่น มะระขี้นก หรือใช้ยา ตำรับแผนไทย เช่น ยาหอม เนาวโกฐ ยาบำรุงโลหิต และจัดอาหาร ตามอาการและความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวเดิม ควรพิจารณา ใช้ยาตำรับแผนไทย เช่น ยาสุขไสยาสน์ โดยจ่ายยาแต่น้อย (0.5 กรัม อาหารเช้า-เย็น) ทั้งนี้ ต้องพิจารณาการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เป็นผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค มาพบแพทย์แผนไทยด้วยอาการ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แพทย์แผนไทยประสาน แพทย์เจ้าของไข้เพื่อร่วมให้การดูแลรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการปกติ

การดูแลรักษา

- 1) ฝึกหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
- 2) ให้ยาสุขไสยาสน์ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เช้า และเย็น
- 3) ให้ยาหอมอินทจักร์ 1 กรัม รับประทานวันละ 2 เวลา อาหารเช้า และเย็น ยาหอมเนาวโกฐ
- 4) แนะนำการสวดมนต์บำบัด ทำทุกวันก่อนนอน

6. การจัดการอาการเหนื่อยหอบ (Shortness of Breath)

อาการเหนื่อยหอบ พบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยอาจเกิดจากความรู้สึกส่วนตัว หรือ เกิดจากการลุกลามของ โรคไปที่ปอด (ปอด) ทำให้เกิดอัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) หาย่นหรือกำเริบ

6.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ โดยประเมินจาก (Visual Analogue Scale : VAS) ประเมินการสื่อความ ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะของ อัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) ประเมินภาวะ ท้องมาน สังเกตลักษณะเส้นโลหิต บริเวณลำคอ ทั้งนี้ เมื่อพบอาการควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที

6.2 แนวทางการจัดการอาการเหนื่อยหอบ

เมื่อพบอาการผิดปกติจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ควรแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที แพทย์แผนไทย ควรนำการฝึกหายใจโดยให้ผู้ป่วยและญาติฝึกตั้งแต่เริ่มการดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ โดยให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและหายใจเข้า - ออกช้า ๆ (กรณีหายใจทางปาก ให้ห่อปากให้เล็ก)

7. การจัดการอาการสะอึก (Hiccup)

อาการสะอึก เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานของอวัยวะ อื่นที่ผิดปกติหรือไม่สมดุล (กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม) และอาจเกิดจากโภชนาการ ยาวาตาและกวจฉิยยาวาตาพิการหรือไม่สมดุล

7.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรง

7.2 แนวทางการจัดการอาการสะอึก

รักษาตามสาเหตุที่พบ เช่น การลดภาวะโภชนาการยาวาตากำเริบและพิการในอวัยวะส่วนบน โดยให้ยากลุ่มรสสุขุมเย็น รสสุขุม เช่น ยาหอมเทพจิตร ยาหอมทิพโอสถ หรือให้ยาในกลุ่มสุขุมหรือสุขุมร้อน หรือรสร้อน เช่น ยาหอมนวโกฐ ยาขิง หรือยาในกลุ่มขับลมในท้อง เช่น ยาธาตุน้ำขาว การกลืนหายใจแล้วกลืนน้ำลาย 3-5 ครั้ง

8. การจัดการอาการนอนไม่หลับกระสับกระส่ายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับซึ่งเกิดจากปิตตะกำเริบ ในช่วงเวลา 24.00 - 02.00 น. จากพิษของกำเเดา (ความร้อน) และในบางรายอาจมีอาการกำเริบในช่วงเวลาของเสมหะ สมุฏฐานร่วม คือ 18.00 - 22.00 น. จะมีอาการอึดอัด แน่นท้อง นอนไม่หลับ จากพิษของน้ำดี (พันธะและอัมพาต) และ/หรือมีอาการปวด มีไข้ในเวลากลางคืน

การดูแลรักษา

- ใช้ยาสมานฉันท์ (วัดคำประมง) หรือ ใช้หญ้าไต้ใบดกมก ในกรณีผู้ป่วยมีไข้ ใช้ยาแก้ไข้จันทพทัญ จันทน์ลีลา หรือยาแก้ไข้สันนิบาติ
- ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ตัวเหลือง ใช้ยาสันนิบาตเจริญอากาศ

9. การจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

9.1 อาการท้องผูก (Constipation)

พบได้บ่อยในกรณีผู้ป่วยที่มีการใช้ Opioid หรือสาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร หรือ ในผู้ป่วย ติดเตียง ลมอัมพฤกษ์ ลมอัมพาต ท้องมาน

9.1.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย ชักประวัติ ประเมินสาเหตุ ความรุนแรง และ ระยะเวลาที่เป็น

9.1.2 แนวทางการจัดการอาการท้องผูก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสื่อสารแบบองค์รวม และสติในการสื่อสาร รับประทานอาหารตามธาตุ หรือสมุฏฐาน เน้นอาหารที่มีกากใย ปลอดภัย พืช ปรุงสุก รับประทานอาหารหรือน้ำสมุนไพรสเปรี้ยว ดื่มน้ำอย่างน้อย 1.5 - 2.0 ลิตร ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยติดเตียงควรช่วยการเคลื่อนไหวรวมทั้งการฝึกนั่ง ฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลมโดยการหายใจเข้า – ออก ลึก ๆ ยาว ๆ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อบริเวณท้องและลำไส้

การรักษาโดยใช้ยาระบาย เช่น ยามะขามแขก ยาชุมเห็ดเทศ ยาตรีผลา ทั้งนี้ ควรพิจารณาร่วมกับ การใช้ยาแผนปัจจุบัน และควรระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคไต นอกจากนี้ผู้ป่วย อาจมีอาการอื่น ๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และ ท้องเสีย ซึ่งสามารถใช้ยาสมุนไพรตำรับในการดูแลจัดการอาการ

ทั้งนี้ การใช้ยาสมุนไพรตำรับหรือสมุนไพรเดี่ยวในการรักษาเฉพาะโรคหรืออาการ ไม่พึง ประสงค์หรืออาการ แทรกซ้อนของผู้ป่วย จะใช้ยาที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทา บำบัด รักษาอาการและเสริมยาหลักได้โดยยา ที่ใช้ต้องไม่เป็นยาที่มีรสร้อนหรือเผ็ดร้อน ในการใช้ยา ส่วนใหญ่ควรเป็นยาที่มีรสสุขุม สุขุมร้อน รสร้อนสุขุม รสเย็นสุขุม หรือสุขุมเย็น เช่น

- อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ให้ยาที่มีรสสุขุม หรือสุขุมร้อน
- มีไข้ อ่อนเพลีย ให้ยารสสุขุมเย็น รสเย็นสุขุม หรือรสสุขุม
- ใจหวิว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ให้ยารสสุขุม
- อาการปวดจากโรค หรือปวดเมื่อย ให้ยารสสุขุมร้อน เพื่อให้ธาตุลมเดินได้สะดวก ลลายอาการ ปวดเมื่อย
- อาการแน่นท้อง ลมจุกเสียดแน่น ท้องอืด ให้ยารสร้อนสุขุม
- อาการท้องผูก ให้ยารสสุขุมร้อนที่มีฤทธิ์เป็นยาระบายหรือยาถ่าย

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นโดยส่วนใหญ่ร่างกายจะอ่อนแอ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ยาที่มี ฤทธิ์แรง เช่น รสร้อนจัด รสเผ็ดร้อน เมาเบื่อแรง รสเปรี้ยวจัด หรือยาที่มีฤทธิ์เย็นจัด เช่น รสขมจัด รสเย็นจัด เป็นต้น เพราะผู้ป่วยในระยะนี้ ร่างกายมีความอ่อนแอ ธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย อยู่ในภาวะที่เสียสมดุล หลาย ๆ ธาตุไม่สามารถปรับตัวหรือกลับมาสู่สมดุลได้โดยง่าย เนื่องจาก ความเสื่อมของธาตุที่ดำเนินไปมากจนเหลือธาตุต่าง ๆ ที่ทำงานได้น้อย ร่างกายจึงไม่เหมาะ หรือไม่สามารถรับยาที่มีรสหรือฤทธิ์แรงได้

ในกรณีการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็ง ตำรับยาในคัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่ใช้ ในการรักษามะเร็ง มีหลายตำรับ ให้เลือกใช้ตามระดับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่ประกอบด้วยยาในกลุ่มยา ถ่ายพิษ ถ่ายของเสียในร่างกาย ทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ เมื่อมี ยาที่ช่วยในการรักษาแล้ว จะมียาที่ใช้รักษาอาการไม่สุขสบาย ยาที่ทำให้ร่างกาย แข็งแรง ยาบำรุงที่ช่วยให้เจริญอาหาร เพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย ลักษณะกลุ่มยาที่ใช้มี ดังนี้

- ยารสขม รสเปรี้ยว ช่วยระบาย ถ่ายท้อง
- ยารสจืด ช่วยขับปัสสาวะ แก้ไข้ แก้อ่อนใน
- ยารสหอมเย็น ช่วยบำรุงหัวใจ แก้อ่อนเพลีย
- ยารสเผ็ดร้อน ช่วยเรื่องระบบไหลเวียน ขับลม แก้อาการท้องอืดเฟ้อ
- ยารสเมาเบื่อ ใช้แก้พิษ ต้านมะเร็ง เช่น หัวข้าวเย็นทั้งสอง รากทองพันชั่ง รากหนอนตายอยาก เป็นต้น

นอกจากนี้แพทย์แผนไทยสามารถพิจารณาวินิจฉัยอาการและใช้ยาปรุงเฉพาะราย โดยอ้างอิงเอกสารที่สามารถสืบค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน “คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เช่น

1. ยาน้ำสาบาน ตำรับของโรคยาศาลวัดคำประมง
2. ยาขี้ปะกะโสด
3. ยานหารูพิการ
4. ยาน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ (ตำรับที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

ตัวอย่าง: การประเมินหลังการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- การตรวจประเมินผลหลังการรักษา ใช้การประเมินเช่นเดียวกับ การประเมินและการวินิจฉัยก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน และการประเมินและการวินิจฉัยก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- การติดตามผลการรักษา สามารถติดตามผลตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ดูแล ร่วมกับทีม





ส่วนที่ 3

หลักธรรมานามัยกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามภูมิปัญญาไทยด้วยหลักธรรมานามัย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา สังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดความยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม

กายานามัย Healthy body

1) การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและการป้องกันแผลกดทับ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จะลดลง ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแล จึงมีบทบาทในการช่วยเหลือดังนี้

- **การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว**

- ▶ กรณีผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ออกกำลังกายเบา ๆ
- ▶ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถโดย หมุนเวียนท่านอน สลับกัน อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยขยับแขนขาด้วยการ ช่วยจับยึดหรือกรอบบริเวณข้อพับต่าง ๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อ หรือเอ็นยึด

- **การป้องกันแผลกดทับ**

- ▶ การประเมินภาวะเสี่ยง กรณีผู้ป่วยที่นอนติดเตียงเป็นเวลานาน ผิวหนังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Skin and Pressure Sore) ได้ง่ายโดยเฉพาะส่วนของ ร่างกายที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก แก้มก้นและข้อศอก ในผู้ป่วย ที่ถูกจำกัดอยู่บนเตียงนอน การประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ (Barden Score) แล้วให้การดูแลตามคะแนนจากการประเมิน

- ▶ การดูแลป้องกันแผลกดทับที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด ควรพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน จากนั้นนอนตะแคงซ้ายเป็นนอนราบและนอนตะแคงขวา จากนั้นเป็นนอนราบและนอนตะแคงซ้ายไปเรื่อย ๆ และพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมงในตอนกลางคืน
- ▶ ป้องกันผิวหนังบริเวณรับน้ำหนักด้วยการจัดให้มีที่นอนลม / เจล หมอน หรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะนุ่ม เช่น ลูกโป่ง ถุงมือยางใส่น้ำ รองปุ่มกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่ยับย่น หลังเช็ดตัวต้องซับผิวหนังให้แห้งโดยไม่ถูแรง ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ถ้าเกิดรอยแดงบนจุดที่มีการกดทับให้ใช้หมอนนุ่ม ๆ ใบเล็ก ๆ รองตามจุดนั้น ๆ การนวดเบา ๆ รอบ ๆ ปุ่มกระดูกจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
- ▶ ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
- ▶ หากพบรอยเปื้อนน้ำเหลืองหรือเลือดบนผ้าปูเตียงของผู้ป่วยต้องหาที่มาเพราะมีความเป็นไปได้ว่ารอยเปื้อนดังกล่าวน่าจะซึมเปื้อนจากแผลกดทับ
- **การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ**
 - ▶ ขจัดสาเหตุการระคายเคืองของผิวหนังที่ทำให้เกิดแผล เช่น สิ่งที่ทำให้เสียดสี
 - ▶ ทำความสะอาดแผลและผิวหนังขอบแผล ใช้ยาครีมหรือยาสมุนไพรแผ่นแปะรักษาแผลกดทับ
 - ▶ ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการสมานแผลกดทับได้เร็วขึ้น
- **การรักษาแผลกดทับ โดยการใช้ยาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ดังนี้**
 - ▶ ช่วยให้แผลแห้งและชุ่มชื้น เช่น เจลว่านหางจระเข้ ครีมบัวบก ครีมพญายอ
 - ▶ ช่วยเรียกเนื้อ เช่น น้ำมันมหาจักร เจลว่านพระฉิม
 - ▶ ช่วยรักษาแผลสด ข่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น การชิตินเปลือกมังคุด

2) การออกกำลังกาย/บริหารร่างกาย การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะกระทำได้เพื่อประโยชน์ในการรักษา เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วย ช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้สะดวก และเป็นการรักษาโรคไปในตัวด้วย **ฤาษีตัดตน** (เลือกท่าที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพผู้ป่วยแต่ละราย) หรือการ **ทำสมาธิ** มาเป็นท่าการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลช่วยเสริมสร้างความสมดุลของร่างกาย ทำให้การรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นลดอาการปวดกล้ามเนื้อระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ดีขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



3) การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่

- **ดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน** ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และก่อนเข้านอน
- **การดูแลความสะอาดร่างกาย** ลำตัว ผิวหนัง เล็บ อวัยวะขับถ่าย บริเวณที่อับชื้น เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นสบายตัว การดูแลดวงตาเพื่อป้องกันดวงตาแห้ง ดูแลเช็ดกระจกให้สะอาดไม่มีสิ่งอุดตัน และหมั่นเช็ดทำความสะอาดบริเวณหู เพื่อป้องกันแผลกดทับในรายที่ต้องนอนตะแคงนาน
- **การดูแลเรื่องการขับถ่าย** ในผู้ป่วยบางรายมักพบปัญหาการขับถ่าย ควรประเมินหาสาเหตุ เช่น เกิดจากสาเหตุของโรค อาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ ที่สำคัญคือ กลั้นอุจจาระ-ปัสสาวะไม่ได้ บางรายจำเป็นต้องสวมกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ ควรทาครีมที่มีคุณสมบัติกั้นน้ำหรือลดการระคายเคืองเพื่อป้องกันการเกิดแผลจากปัสสาวะกัดกร่อนผิวหนังบริเวณรอบอวัยวะเพศและ ทวารหนัก ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งและสะอาดเสมอ และเปลี่ยนกางเกงผ้าอ้อม หรือแผ่นรองขับทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องใส่สายท่อทางเดินปัสสาวะ ควรตรวจสอบสายระบายไม่ให้พับงอสายปัสสาวะต้องอยู่ต่ำกว่าระดับร่างกาย ของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก และเทปัสสาวะในถุงทิ้ง วันละ 2 - 3 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตลักษณะสีและบันทึกปริมาณ

จิตตานามัย Healthy mind

ความเจ็บป่วยที่มีในร่างกายส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ การดูแลผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ ความรู้สึกและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยสามารถช่วยเหลือได้ดังนี้

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยสมาธิบำบัด

สมาธิบำบัด (Meditation Healing) หมายถึง การทำจิตใจว่าง นิ่ง สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ร่างกายทุกส่วน ผ่อนคลาย ทำให้จังหวะของคลื่นสมองช้าลง จิตที่มีสมาธิเป็นจิตที่มีพลังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ทั้งร่างกายและจิตใจ การใช้สมาธิบำบัดมีหลายรูปแบบและหลายขั้นตอนขึ้นอยู่กับรูปแบบของสมาธิบำบัดนั้น ๆ ซึ่งสมาธิมีอยู่ทุกศาสนา/ ลัทธิ แต่ทั้งนี้จะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ความผาสุกกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม สมาธิจึงเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลความเชื่อความศรัทธาและความสม่ำเสมอต่อเนื่อง สามารถพัฒนาได้ด้วยตนเอง ระดับของสมาธิจะเพิ่มและลดได้ตลอดเวลา เป็นกฎความไม่เที่ยงของธรรมชาติ

สมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT สมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นเทคนิคของ ศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี ซึ่งเป็นผู้ค้นคว้าศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคนิค โดยการนำสมาธิแบบอานาปานสติ (หายใจเข้า - หายใจออก) ผสมผสานเข้ากับเทคนิคของการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ชีกง และโยคะ ซึ่งพบว่า การทำสมาธิแบบ SKT นี้มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ อารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายระบบไหลเวียน และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี ซึ่งการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT (มีทั้งหมด 8 เทคนิค ที่เรียกว่า SKT 1 – 8) ที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการใช้สมาธิบำบัด SKT ดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

การใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 – 8 สามารถนำมาใช้เยียวยาผู้ป่วยได้ทุกเทคนิค ซึ่งไม่จำเป็นต้องทำครบทุกเทคนิค ให้เลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

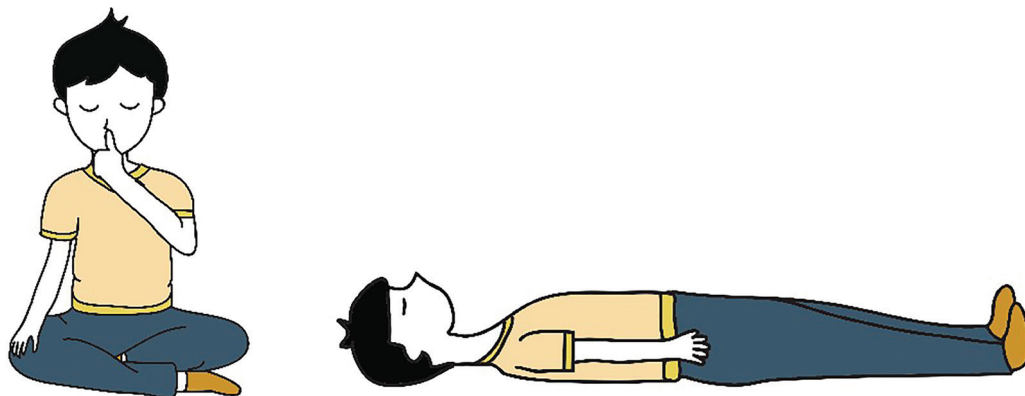
1. **ผู้ป่วยระยะประคับประคอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่รู้สึกตัว รับรู้ได้ เคลื่อนไหวได้บ้าง หรือมีญาติช่วยดูแล ให้เลือกฝึกปฏิบัติเทคนิคที่ 1, 4, 6, 7, 8 โดยแต่ละครั้งที่ฝึกปฏิบัติให้เลือกใช้เพียง 1 เทคนิค ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

2. **ผู้ป่วยระยะท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและมีญาติช่วยดูแล ให้เลือกฝึกปฏิบัติเทคนิคที่ 4, 6, 7, 8 โดยแต่ละครั้งที่ฝึกปฏิบัติให้เลือกใช้เพียง 1 เทคนิค ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT

ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่ง – นอน ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ



1. ในทำนั่งให้หายใจฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่าในท่านอนให้วางแขนหายใจไว้ข้างตัวหรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง
2. ค่อย ๆ กลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจ นับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 - 5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 - 40 รอบแล้วค่อยล้มตาขึ้นช้า ๆ
3. ให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที

ผลที่ได้คือ

“ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขยายเส้นเลือดในระบบอวัยวะภายในร่างกาย เก็บของเสียผ่านทางประตูเซลล์ในกล้ามเนื้อเรียบ โดยปรับไฟฟ้าที่ผนังเซลล์ ลดสารเครียด ช่วยให้นอนหลับได้ดี เพิ่มภูมิคุ้มกันในร่างกาย ลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี”

ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยื่นผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

สามารถปฏิบัติได้ทั้งท่า นอน ทำนั่ง และทำยืน



1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบาย เข่าตึง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ
2. ค่อย ๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือประกบกัน แขนตึงแนบใบหู สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ
3. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดีคว่ำฝ่ามือชิดต้นขาขยับมือและขา เท้า เล็กน้อย ในท่ายืนตรง ปฏิบัติวันละ 1 รอบ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด –เหยียด ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

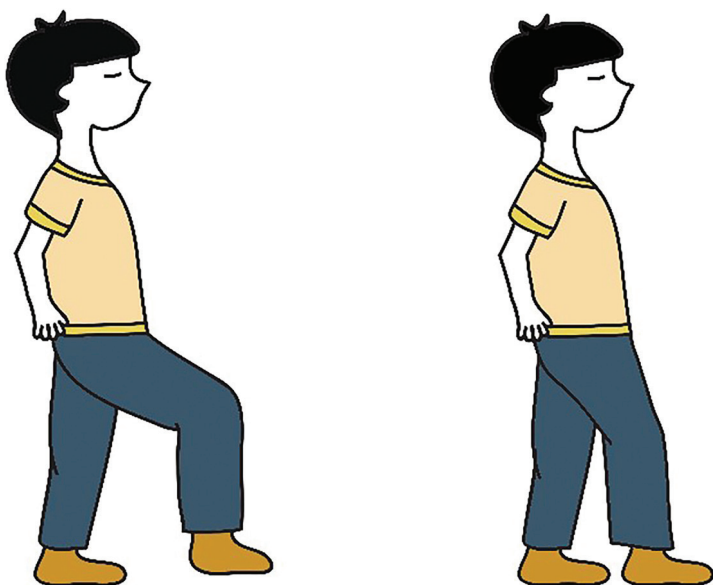


1. นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข้าตึง หลังตรง เท้าชิด คอว่าฝ่ามือบนต้นขา ทั้ง 2 ข้างค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจ นับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 – 5 รอบ
2. หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ โน้มตัวไปข้างหน้า แขนตึง ผลักฝ่ามือทั้งสองข้าง ไปด้านหน้าค่อย ๆ ลูบจากเข่า หน้าแข้ง ไปถึงข้อเท้า ให้ปลายมือจรดข้อเท้า หยุดหายใจชั่วคราว นับ 1 – 3 ประมาณ 3 วินาที
3. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ฝ่ามือลูบหน้าแข้ง เข่า พร้อมกับค่อย ๆ เอนตัวไปข้างหลังเงยหน้าขึ้น หน้าท้องตึงให้ได้มากที่สุด นับเป็น 1 รอบทำซ้ำ 30 รอบแล้ว ค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ นั่งตัวตรงตามปกติ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดอาการท้องอืด และท้องผูก ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดไขมันหน้าท้อง อาการปวดหลังและเข่า ช่วยลดความเครียด นอนไม่หลับ เพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ช่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปรับการทรงตัวของร่างกายและการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว”

ท่าที่ 4 (SKT 4) “ก้าวอย่างของไทย เหยียวยากายประสานจิต”



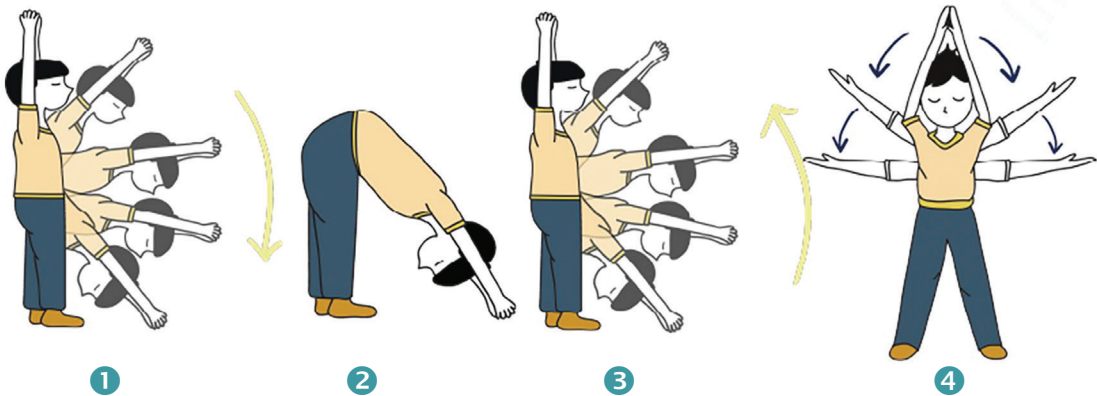
1. ยืนตรงในท่าที่สบาย ลืมตา มือสองข้างยืนไขว้หลัง หรือกุมไว้ด้านหน้า หรือปล่อยข้างลำตัว สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ซ้ำ ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 5 รอบ

2. ยืนตัวตรงเท้าชิดสายตามองต่ำไปข้างหน้าหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ยกเท้าสูงจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ก้าวเท้าไปข้างหน้าจรดปลายเท้าแตะพื้น ตามด้วยส้นเท้าวางลงบนพื้น นับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 80 – 120 รอบหายใจ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง

ผลที่ได้คือ

“เหยียวยาผู้ที่มิปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก ช่วยลดอาการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด ช่วยเหยียวยาและเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานกับโรคเรื้อรังทุกประเภท”

ท่าที่ 5 (SKT 5) “ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต”



1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบายเช่นท่าที่ 2 เข้าตึง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ผีกทั้งหมด 5 รอบ

2. สูดลมหายใจเข้า - ออกช้า ๆ 1 ครั้ง ค่อย ๆ โนมัสรีระ ตัวและแขนลงไปพร้อม ๆ กัน ช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 1 หายใจเข้า - ออก ครั้งที่ 2 ค่อย ๆ โนมัสรีระ ตัว และแขนลงไปพร้อม ๆ กัน ช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 หายใจเข้า - ออก ครั้งที่ 3 ค่อย ๆ โนมัสรีระ ตัว และแขนลงไปพร้อม ๆ กัน ช้า ๆ ผีกหายใจและโนมัสตัวลงไปเรื่อย ๆ จนครบจังหวะที่ 30 (ดังรูปที่ 1) ปลายนิ้วกลางจะจรดกับพื้นพอดี (ดังรูปที่ 2) หายใจเข้า - ออกปกติ 10 ครั้งในท่าก้ม ต่อจากนั้นหายใจเข้าและออกช้า ๆ 1 ครั้ง แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้นเรื่อย ๆ ตามจังหวะการหายใจจนครบ 30 ครั้ง สรีระ แขน ต้นแขน แขนหู อยู่ในท่าตรง นับจังหวะเข้าตึง แขนตึง กลับมาอยู่ในท่าเดิมดังรูปที่ 1

3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 - 5 กลั้นลมหายใจนับ 1 - 3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 - 5 อีกครั้ง ผีกทั้งหมด 5 รอบ

4. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหางมือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไป 1 จังหวะ นับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไปอีก 1 จังหวะ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 เช่นเดียวกับ SKT ท่าที่ 2 (ดังรูปที่ 4)

5. ปฏิบัติวันละ 1 - 2 รอบสำหรับผู้สูงอายุหรือ ผู้ที่ร่างกายไม่พร้อม ให้ผีกในท่านั่งก็ได้ ถ้าผีกในท่านั่งต้องนั่งเก้าอี้ครั้งกัน ขาของเก้าอี้ต้องมั่นคง วางขาหลังของเก้าอี้ให้ชิดผนัง เพื่อป้องกันการลื่นขณะก้มและโนมัสตัวลง เท้าต้องวางราบขนานกับพื้น ผีกเช่นเดียวกับทำยืน

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดีและควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิ การเหยียวยายไทยจินตภาพ”



1. นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัวค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 – 5 รอบ
2. แล้วให้ความรู้สึกจดจ่ออยู่ที่อวัยวะที่เราพูดถึง พร้อมกับท่องในใจว่า “ศีรชะเราเริ่ม ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย 3 รอบ รอบที่ 4 และรอบที่ 5 ประโยคสุดท้ายให้ท่องว่า ผ่อนคลายลงไปเรื่อย ๆ ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกจดจ่อไปที่อวัยวะที่เราพูดถึง เริ่มตั้งแต่ศีรชะ หน้าผาก ขมับหนังตา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หน้าท้อง ต้นขา หัวเข่า น่องเท้า และตัวเราทั้งตัว
3. เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ กลั้นลมหายใจ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เหมือนตอนเริ่มต้นอีก 3 - 5 รอบ

ผลที่ได้คือ

“เทคนิคนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ที่ติดเชื่อเอชไอวี อัมพาตและผู้ที่มียุทธาระบบการไหลเวียนโลหิต”

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยเชิงง”



1. นั่งตัวตรงค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำซ้ำ 5 รอบ
2. ค่อย ๆ ยกมือ แขน ข้อมือทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากันช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับขยับฝ่ามือออกช้า ๆ นับ 1 – 5 ทำทั้งหมด 30 – 40 รอบ
3. หายใจเข้าลึก ๆ นับ 1 – 5 ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ หายใจออกทางปากยาว ๆ แล้วค่อย ๆ ยกมือลง ในท่าประคองแจกันเช่นนั้น นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 30 – 40 รอบ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน และภูมิแพ้ หืด หอบ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ”

ท่าที่ 8 (SKT 8)

สมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 8 เป็นการบำบัดโดยใช้มือและนิ้วมือของผู้บำบัดมาปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวบนศีรษะของผู้รับการบำบัด เป็นการผสมผสานผ่านตัวรับสัญญาณส่งคลื่นไฟฟ้าระหว่างผู้ให้กับผู้รับการบำบัดที่มีความพร้อมของคลื่นไฟฟ้า ทำให้เกิดสมดุลของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) กระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟินระดับเซลล์ เหมาะกับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยวิกฤต คนไข้ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไมเกรน ลดความก้าวร้าวในผู้ป่วยออทิสติก (การใช้ SKT 8 เพื่อบำบัดกรณีผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินต้องเคลื่อนไหวนิ้วมือค่อนข้างเร็ว แต่ถ้าเป็น ผู้ป่วยเรื้อรังนอนนิ่งติดเตียง ไม่รู้สึกตัวก็ทำแบบช้า ๆ ได้)

การจัดท่า ผู้รับการบำบัดนอนหงาย ถ้ารู้สึกตัวให้หลับตาทำสมาธิในท่าที่สบาย ผู้บำบัดนั่งขัดสมาธิหรือพับเพียบ อยู่เหนือศีรษะผู้รับการบำบัด ระยะห่างให้มือทั้งสองข้างของผู้บำบัดสามารถแตะบริเวณหูของผู้รับการบำบัดได้พอเหมาะ

SKT ท่าที่ 8 การบำบัดจะทำได้ไม่น้อยกว่า 10 รอบ รอบละ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำกำปั้นหลวม ๆ ชูนิ้วชี้ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาวางเรียงคู่กัน แล้ววางแตะปลายนิ้วชี้ตรงกึ่งกลางหน้าผาก ตรงเหนือหว่างคิ้วลากขึ้นมาจนถึงไรผม ขยับมือลากนิ้วชี้เบา ๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชู ลากสลับนิ้ว แตะสลับกัน เบา เร็ว นับ 40 ครั้ง
 2. กำกำปั้นหลวม ๆ ชูนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง วางแตะไว้ตรงกึ่งกลางเหนือคิ้ว โดยให้ปลายหัวแม่มือต่อกัน แล้วลากมือทั้งสองข้างออกจากกันเป็นเส้นตรง ไปถึงไรผมตรงขมับ ลากมือให้นิ้วแตะเบา ๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชูทำซ้ำ 40 ครั้ง
 3. ตั้งฝ่ามือทั้งสองข้าง นิ้วไม่เกร็ง วางมือไว้ที่ขมับโดยให้นิ้วกลางแตะที่หางคิ้วตรงขมับ ลากมือเหมือนชักข้อศอกเข้าหาตัวเรา ลากมือให้นิ้วแตะเบา ๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชูทำซ้ำ 40 ครั้ง
 4. กำกำปั้นหลวม ๆ ชูนิ้วชี้ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาวางเรียงคู่กัน แล้ววางแตะปลายนิ้วชี้ตรงไรผมเหนือหูด้านซ้าย แล้วเดินนิ้วชี้แตะสลับนิ้วต่อนิ้วเบา ๆ ไล่มาตามไรผม ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชู ไล่จากหูซ้ายมาจนถึงหูขวาไปกลับ 2 รอบทั้งหมดนับ 40 ครั้ง
 5. กำกำปั้นหลวม ๆ ชูนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางเรียงคู่กันแตะไว้ตรงไรผม กึ่งกลางหน้าผาก แล้วลากนิ้วหัวแม่มือลงมาถึงจุดกึ่งกลางกระหม่อม ลากสลับซ้ายขวา โดยลากเบา ๆ บนเส้นผมไม่ต้องให้โดนหนังศีรษะ แคโดนเส้นผม สัญญาณสื่อสารก็จะวิ่งตามลงไป นับ 40 ครั้ง
 6. ยกมือทั้งสอง กางนิ้วท่าขยุ้มหลวม ๆ ใช้ปลายนิ้วทั้งสิบแตะบนเส้นผม ทำท่าคล้ายสระผมแต่สัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชู ทำสองมือพร้อมกัน 40 ครั้ง
 7. ใช้นิ้วมือทั้งสิบซ้อนเส้นผมจากข้างหู กระตุกเบา ๆ ย้ายมือซ้อนผมมากระตุกเบา ๆ ให้ทั่วหนังศีรษะ ทำ 40 ครั้ง
- พอครบ 7 ท่า ก็เริ่มจากท่า 1 – 7 เรียงตามลำดับวนไปให้ครบ 10 รอบ ทั้งผู้บำบัด – ผู้รับการบำบัดให้มีสมาธิอยู่กับลมหายใจ จึงจะได้ผลดีและไว สังเกตเส้นเลือดบริเวณขมับจะขยายเห็นนูนขึ้นมา ความดันจะค่อย ๆ ลดลง

คำแนะนำและข้อควรระวังในการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT

1. ขณะฝึกปฏิบัติควรสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่รัดตึง
2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึกต้องไม่ร้อน หรือเย็นเกินไป
3. ไม่ควรฝึกขณะหิว หรืออิ่มเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียงกลืน การพูดคุยของคนที่อยู่ข้าง ๆ เป็นต้น
5. ควรควบคุมอารมณ์ และความคิดให้หนึ่ง ไม่คิดเรื่องใด ๆ ทั้งสิ้น ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่
7. หากมีอาการแน่น อึดอัด หรือหน้ามืด ให้หยุดฝึก และลงนั่งหรือนอนพักทันที
8. ผู้ที่เป็นเบาหวานควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย
9. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ นุ่มนวล ระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต

การประเมินผลและติดตามผลการรักษา

1. ประเมินอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้มากขึ้น
2. ประเมินสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตใจสงบขึ้น มีความสุข สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติมากขึ้น

วิธีการฝึกสมาธิบำบัด SKT



แอสควอาร์โค้ดเพื่อรับชมวิดีโอวิธีการฝึกสมาธิบำบัด SKT

ชีวิตนามัย Healthy behavior

การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การอยู่ในสถานที่ที่สะอาด ใกล้เคียงธรรมชาติ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการห่างไกลจากอบายมุข ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตและอาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ ซึ่งรูปแบบการดูแลด้านการดำรงชีวิตที่ดีนั้นสามารถทำได้ ดังนี้

• การดูแลด้านอาหารที่มีประโยชน์ (โภชนบำบัด)

การกำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยและการสรรหาวัตถุดิบ ให้เน้นประโยชน์ด้านโภชนาการ และสรรพคุณสมุนไพรไปพร้อมกันเพื่อปรับสมดุลธาตุ ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งสามารถปรับรสชาติหรือประยุกต์เมนูตามความเหมาะสม เช่น เมนูต้มยำเห็ด สามารถใช้เครื่องต้มยำครบ ปรับลดคือ รสชาติ จากระสจัดเป็นรสจัดเป็นลักษณะแกงจัดต้มยำซึ่งผู้ป่วยจะได้สารอาหารและสรรพคุณของสมุนไพรเหมือนการรับประทานต้มยำเพียงแต่ปรับรสชาติให้จัดเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

ตัวอย่าง : เครื่องเทศที่ใช้ประกอบอาหารและมีสรรพคุณด้านสมุนไพรที่ช่วยป้องกันบำบัดรักษาโรคและอาการต่าง ๆ

เครื่องเทศ/สมุนไพร	สรรพคุณ
ตะไคร้	บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ขับปัสสาวะ
ข่า	ขับลม แก้ท้องขึ้น อืดเฟ้อ จุกเสียดแน่นท้อง เจริญอาหาร บำรุงร่างกาย แก้ปวดบิดมวนลำไส้ (สารสกัดจากเหง้าแก้เสมหะ ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง)
กระชาย	ขับลม แก้ลมวิงเวียน แน่นหน้าอก บำรุงร่างกาย เป็นยาอายุวัฒนะ
ขิง	ขับลม บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้คลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้นอนหลับ เป็นยาอายุวัฒนะ
หอมแดง	แก้อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เป็นลม เจริญธาตุ
กระเทียม	แก้อาการวิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ หูอื้อ ช่วยรักษาโรคความดันโลหิต ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด ช่วยปรับสมดุลในร่างกาย
พริก	ช่วยให้เจริญอาหาร แก้อาการไข้หวัด ลดน้ำมูก และลดเสมหะ
ผิวมะกรูด	ขับลมในลำไส้ แก้อาการเสียด ท้องอืด แน่นท้อง บำรุงหัวใจ แก้ลม หน้ามืด วิงเวียน



ตัวอย่าง : เมนูเครื่องดื่มผสมสมุนไพร เช่น น้ำสับปะรด-กระชาย-ใบสะระแหน่ (สับปะรด 200 กรัม / กระชาย 20 กรัม / น้ำผึ้ง 1 ช้อนชา / น้ำเปล่า 100 มล. / ใบสะระแหน่ 10 ใบ / เกลือ 1/8 ช้อนชา) **กรณีจะใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบาย** สามารถใช้นมเปรี้ยว น้ำมะขามป้อมปั่นแยกกาก น้ำเนื้อมะขามป้อมปั่นแยกกาก หรือน้ำมะขามเปียกผสมในเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบายได้

อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง / อาหารแสลง

- ▶ **อาหารประเภทเนื้อสัตว์** เครื่องในจะย่อยยาก ทำให้เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย ในศาสตร์แพทย์แผนไทย เนื้อสัตว์เป็นอาหารที่ไปบำรุงเชื้อโรคให้แข็งแรง เป็นอาหารต้องห้ามในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพราะมะเร็งจะลุกลามได้ง่ายในน้ำเลือดของสัตว์ที่เรารับประทานเข้าไป
- ▶ **อาหารหมักดอง** เช่น ขนมหจีน ผักกระป๋อง ผักกาดดอง อาหารแช่แข็ง เช่น ไส้กรอก นมเปรี้ยว โยเกิร์ตมะม่วงดอง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกล่องแช่แข็ง เป็นต้น อาหารเหล่านี้ เมื่อรับประทานเข้าไป ร่างกาย จะกระตุ้นให้ธาตุไฟทำงานมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อย่อยอาหารเหล่านั้น
- ▶ **ผักมีกลิ่นฉุน** มีผลทำให้เกิดท้องอืด (กรดแก๊สมาก) เป็นเหตุให้ธาตุแปรปรวน ก่อให้เกิดอาการกำเริบ หรือเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ
- ▶ **อาหารปิ้ง ย่าง** (มีรอยดำ รอยไหม้) หรือทอดน้ำมันเก่าที่ใช้แล้ว
- ▶ **ปลาไม่มีเกล็ด** เช่น ปลาดุก ปลาไหล ปลาซวาย ปลาโอ ปลาอินทรีที่ทำปลาเค็ม
- ▶ **ข้าวเหนียว** ย่อยยากกว่าข้าวเจ้า
- ▶ **พืชผักรสเย็น** เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีปัญหาระบบการย่อยอาหาร (ไฟธาตุย่อยอาหารหย่อน) การรับประทานพืชผักรสเย็น จะทำให้ท้องอืด และมีลมจุกแน่นในอกและท้อง

● การดูแลด้านสังคม

การดูแลด้านสังคมที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยเป็นการเยียวยาที่มีความจำเป็นและสำคัญในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุล สอดคล้องกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีความสุขตามอัตภาพภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การประเมินปัญหาสังคม (Social Assessment) ครอบครัวและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1.1 บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว : ได้แก่ความเป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นลูก เป็นสามีหรือภรรยาเป็นผู้หารายได้หลัก หรือเป็นศูนย์รวมความรักเพราะเป็นลูกคนเดียว หลานคนโปรด เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสถานะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ

1.2 ความรักความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว : ประเมินช่วงของการค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ ลดภาวะความรู้สึกผิดในจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วย : การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยจากการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีภาระงานในขณะเดียวกันกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก การประสานประโยชน์สามฝ่ายนี้จึงต้องทำด้วยความละเอียดอ่อน

1.4 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม : เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือบางครั้งอาจทำให้ทีมสุขภาพผู้ดูแลเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในความต้องการของครอบครัวได้

1.5 เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม : เครือข่ายทางสังคม คือ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัวหรือเครือญาติ (Family / Relatives) เพื่อน (Friends) เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน (Work / School Associates) นักวิชาชีพ (Professional Caregivers) เพื่อนบ้าน (Neighbors) หน่วยงานหรือองค์กร หรือกลุ่มทางศาสนา เป็นต้น การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง คือ อาสาสมัครที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย เช่นเป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือกลุ่มอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ เป็นต้น

1.6 ความต้องการของครอบครัว : สถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับผู้ป่วยที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจ บางครั้งผู้ป่วยจะให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องที่เกี่ยวกับอาการป่วยของตนในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความอึดอัดใจให้ผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ และสามารถทำให้นั้นเกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกับทีมสุขภาพ ผู้แลรักษาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุดข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมต้องไม่ลืมว่าแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ในองค์ประกอบของดูแลรักษาบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตลอดจนศาสนา และความเชื่อ รวมถึงการรับเรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

2. ประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคมหรือเศรษฐกิจ
กรณีมีปัญหา

3. รับฟังปัญหา เป็นเพื่อนคู่คิดและให้คำแนะนำแบบสั้น กระชับ ได้ใจความเกี่ยวกับโรคและอาการ ที่เป็นอยู่โดยหลักสำคัญคือต้องฟังอย่างตั้งใจ และจับประเด็นให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีเหตุผล วิธีคิดต่อโรคอย่างไรก่อนจะให้ข้อมูลผู้ป่วย

4. สนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบปัญหา และจัดการปัญหาด้วยตนเอง

5. เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์



ส่วนที่ 4

ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

4.1 นิยาม

ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานเป็น ผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

4.2 คุณสมบัติผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

เป็นผู้ผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (100 ชั่วโมง)
- 2) หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

หน่วยงานผู้ดูแลหลักสูตร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ รายละเอียดหลักสูตรคุณสมบัติผู้ดูแล (Caregiver)
ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในภาคผนวก ข. หน้า 82

ภาคผนวก ก.

คู่มือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ชื่อคู่มือ	ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล
แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)  https://drive.google.com/drive/folders/1TpMTUidumbbIOC-qzkysq3XJ9hq-4OHZe?usp=drive_link	
คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ  https://drive.google.com/drive/folders/1uFrdUiVrurld1_LP-jsoAxcj-pgm8uXFK?usp=drive_link	
การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย แบบประคับประคองโดยชุมชนแบบบูรณาการ (โมเดลวัดคำปะมง)  https://drive.google.com/drive/folders/1HdgLAgn56EUnT-8gXv1UmWd7G3QC7FAWq?usp=drive_link	
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคองด้วยกัญชา ทางการแพทย์แผนไทย  https://drive.google.com/drive/folders/1tf8jpx7mONSODyS-JuqXgYFikeB6AXy5p?usp=drive_link	

คู่มือ	ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล
List disease of Palliative care and Functional unit  https://drive.google.com/drive/folders/1Kg3VEic5Duxnd-sC_mEP7w3FUaM4LqLKV?usp=drive_link	
บัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร  https://drive.google.com/drive/folders/1f5D-wcjWrBL0_dA703716aeuwRFMWs4G?usp=drive_link	
คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)  https://drive.google.com/drive/folders/1YKc06h1sem-h9aOY0UUPFhs_k_embYSsS?usp=drive_link	

ภาคผนวก ข.

หลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหลักสูตร	ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล
หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการแพทย์แผนไทย (100 ชั่วโมง) https://drive.google.com/drive/folders/1wPIiyvZGUjbFP_PCWelliNzBL0Nv9Or?usp=sharing	
หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) https://drive.google.com/drive/folders/1Qln8Pvqenzb2V2U54M8tfikRfUMkAEiJ?usp=sharing	

ภาคผนวก ก.



คำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๒๓๓๗/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการ
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ ยุทธศาสตร์ ๓๐ บาทพลัส ที่สอดคล้องกับ
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) และแผนแม่บทภายใต้
ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๘๐) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีความคาดหวังให้
ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีหน้าที่
รับผิดชอบในทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนา และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพดีครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ
และประชาชนทุกช่วงวัย จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลประชาชนที่เป็นผู้ป่วยในระยะ
ประคับประคอง (Palliative Care) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) จึงได้เกิดการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล
ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน (Home Ward) และผู้สูงอายุในสังคมไทย ตลอดจนตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้าย
ของผู้ป่วยและครอบครัว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ออกคำสั่งแต่งตั้ง
คณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๓ องค์ประกอบ

- | | |
|---|-----------|
| ๑.๑ นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | ที่ปรึกษา |
| อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๒ นายขวัญชัย วิศิษฐานนท์ | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย | ประธาน |
| สถาบันการแพทย์แผนไทย | |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๔ นายจักรวาล เลือกกง | กรรมการ |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ | |
| โรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี | |
| ๑.๕ นายประวิทย์ อัครเสริณนท์ | กรรมการ |
| หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | |
| มหาวิทยาลัยมหิดล | |

๑.๖ นางสาวอังคณา...

- | | |
|---|---------|
| ๑.๖ นางสาวอังศณา อภิชาติวรกิจ
อาจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑.๗ นางสาวศรณี รัตนวงศาเมธกุล
อาจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑.๘ นางอรุณพร อธิรัตน์
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๙ นายภูริทัต กนกกังสดาล
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๑๐ นายปิยะพล หูลสุข
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๑๑ นางเอื้อกานต์ วรโพธิ์
นักวิชาการอิสระ | กรรมการ |
| ๑.๑๒ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล
พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและผสมผสานด้านมะเร็ง
สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง
จังหวัดสกลนคร | กรรมการ |
| ๑.๑๓ นายสันต์ ชมภูพงษ์
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โรงพยาบาลราชบุรี | กรรมการ |
| ๑.๑๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ผสมผสาน
กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๑๕ นางอังคณา เชียงทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |

๑.๑๖ หัวหน้ากลุ่มงาน...

๑.๑๖ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๗ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการเภสัชกรรมไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน	กรรมการ
๑.๑๘ นางสาวบุษราภรณ์ ธนสีลังกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๑๙ นางสาวณัฐพร กุทธิสืบเชื้อ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๐ นางไปรมา รัตนะพร แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๑ นางสาววไลรัตน์ ศิริวงศ์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๒ นางสาวกรรณิศา อนุสิน แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๓ นายสุรวุฒิ จันทร์ชัย แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ดำเนินการตามข้อกำหนด หลักเกณฑ์ และรูปแบบในการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๒ พิจารณา ตรวจสอบ องค์กรความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องในการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๓ จัดทำเอกสาร...

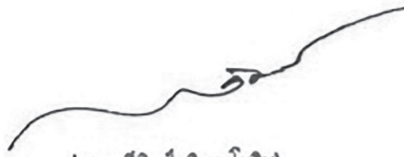
-๔-

๒.๓ จัดทำเอกสารต้นฉบับทางวิชาการตามรูปแบบเค้าโครงการที่กำหนด ในการจัดทำ
โครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก



คำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ ๒๒๕ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เพิ่มเติม

อนุสนธิคำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๒๓๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลนั้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของคณะกรรมการ เพื่อให้การดำเนินการพิจารณา กำหนดแผนและรูปแบบการดำเนินโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ออกคำสั่ง ดังนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เพิ่มเติม ดังนี้

- | | |
|---|-----------|
| ๑.๑ นายแพทย์ ธาณิรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๒ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | |

ข้อ ๒ ให้บุคคลในข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจตามคำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๒๓๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ข้อ ๓ นอกเหนือจากคำสั่งนี้ให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายทวิศิลป์ วิษณุโยธิน)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ศูนย์ชีวาภิบาล *Cheewabhibaln Palliative Care Center* บริบาลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตจนวาระสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/dept/%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A0%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5/>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/37/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD_LTC_.pdf
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือระบบดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในระดับพื้นที่. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196_0.pdf
4. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. สภากาชาดไทย. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://thaimed.or.th/home/wp-content/uploads/2017/05/พรบ.วิชาชีพแพทย์แผนไทย-พ.ศ. 2556.pdf>
6. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ความหมายการแพทย์ทางเลือก. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.dtam.moph.go.th/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7/>

7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับ ประเทศไทย พ.ศ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf
8. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (ร่าง) มาตรฐานการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง และระยะท้ายของ สถานชีวาภิบาลสำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา. ประชุมคกก.พัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาชีวาภิบาล ครั้งที่1/2567; 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566; สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 21-2
9. ภูริวิพัฒน์ โนภิกขุ วัดท่าประชุม บ้านดอนตู. ภูริชีวาภิบาล@ทั่วไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://wattaprachum-model.org/wp-content/uploads/2023/06/20230522_whitepaper_compressed.pdf
10. กลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. แนวทาง หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ประจำปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://atg.onab.go.th/th/file/get/file/20220620f0da97c09c03c5f4f3b6a7b523afcd4e115533.pdf>
11. รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ, บริษัทวี อินดี ดีไซน์ จำกัด; 2557.



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



@DTAM



www.dtam.moph.go.th



Call Center 0 2591 7007



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก